

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

**Nepotyzm
czy tradycja
rodzinna?**



**Konsultant krajowy
Niedoceniana
patomorfologia** **s. 36**

**Praktyka lekarska
Spółka nie załatwi
wszystkiego** **s. 42**

**Ochrona zdrowia w UE
Grecja – zły system
w trakcie zmian** **s. 44**

Spis treści



15



7



44



46

- 4 Na wstępie / R. Golański: Wiejska - Miodowa - Grójecka
- 6 Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz: Pewniki i niewiadome
- 7 Skrining
- 10 Obserwacje / S. Badurek: Refleksje z budowy drugiej Japonii
- 11 Temat miesiąca: W granicach przyzwoitości
- 14 Nasi w Europie / Anna Lella: Zawód z przyszłością
- 15 Rozmowa o zdrowiu: Mniej narzekania – więcej działania!
- 19 Samorząd: Bez ścigania się i zbędnego rozgłosu
- 22 Punkt widzenia / J. Małmyga:
Samowstręt – choroba rządzących
- 23 Stomatologia: Legionella
- 24 Stomatologia:
Czy jakość świadczeń to tylko problem lekarzy...?
- 26 Stomatologia: Wirtualne protezy
- 27 Prawo i medycyna: Mediacja – lek na pozwy
- 28 Prawo i medycyna: Komisje ds. orzekania
- 30 Praktyka lekarska:
Lekarze w badaniach opinii społecznej w 2012 r.
- 32 Wybory: Wiele zależy od nas
- 33 Biuletyn NRL
- 34 Dwugłos / J. Duława: Powołanie i poczucie obowiązku
- 35 Dwugłos / ks. A. Muszala:
Powołanie i poczucie obowiązku – głos etyka
- 36 Konsultant krajowy: Niedoceniana dziedzina medycyny
- 38 Praktyka lekarska: Onkologia do poprawki
- 42 Praktyka lekarska: Spółka nie załatwi wszystkiego
- 44 Ochrona zdrowia w UE: Grecja – zły system w trakcie zmian
- 46 Indeks korzyści: Kłótwa Człowieka z Pawiem na Kolanie
- 48 Z dwóch stron sceny / S. Pietras: Stara operowa nomenklatura
Recenzje: Książki nadesłane
- 49 Z dwóch stron sceny / A. Andrus: Pirogronian w mleczan
Recenzje: Muzyka na receptę
- 50 Błąd malarski: Oczy cielące, ciała bydłące
- 52 Obrazy medycyny: Opętani i łakomi
- 53 Kultura
- 54 Wspomnienie: Krzysztof Kaźmierczak
- 55 Sport
- 56 Ogłoszenia
- 64 Komunikaty
- 65 Epikryza (29) / J. Wanecki: Życząc sobie...
- 66 Jolka lekarska

WYBORY

WYBORY

18 lutego

Kończy się przyjmowanie wniosków lekarzy o umieszczenie ich na liście innego rejonu wyborczego.

28 lutego

OKW ustala i publikuje ostateczne listy członków rejonów wyborczych.

8 – 10 marca
W Stalowej Woli odbędą się XVI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie.
Organizatorzy: OIL Rzeszów,
Alek Micał, Jacek Kowal,
tel. 603927870;
017 853 58 37

1 kwietnia

Od tego dnia obowiązywać będą jedynie druki recept, dla których numery rozpoczynają się od cyfr: 02 i 07.
Więcej informacji na stronie 7.

Ważne!
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przypomina wszystkim lekarzom, że udział w reklamach stanowi naruszenie art. 63 pkt 2 „Kodeksu etyki lekarskiej”.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Wiejska – Miodowa – Grójecka

Podczas ostatnich posiedzeń okręgowych rad lekarskich w całej Polsce jednym z głównych tematów są mające się odbyć w tym roku wybory samorządu lekarskiego na kolejną kadencję.

W każdym numerze „Gazety Lekarskiej” zamieszczamy materiał dotyczący wyborów. Podobnie dzieje się w pismach izb okręgowych. Tymczasem wiedza na ten temat wśród lekarzy jest znikoma. Podobnie zresztą jak, niestety, zainteresowanie tą sprawą. Wielu lekarzy nie sprawdziło, czy są umieszczeni na imiennych listach w rejonie wyborczym. Wielu nie wie, że może zmienić rejon, w którym będzie głosować lub kandydować. Po 18 lutego takiej możliwości już nie będzie. Zasady wyborów korespondencyjnych i harmonogram nie są powszechnie znane. Dlatego zachęcam do lektury kolejnego tekstu przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej – Pawła Susłowskiego (str. 32) oraz do odwiedzenia strony internetowej rodzimej OIL.

Dyskusje w pokojach lekarskich, jeśli jest na nie w ogóle czas, są zdominowane przez inne tematy. Jednym z nich jest ważność wydrukowanych przez wielu z nas recept, która kończy się 31 marca. Większość lekarzy nie przyjmuje do wiadomości argumentów tłumaczących decyzję w tej sprawie. Mają poczucie, że niepotrzebnie wydali pieniądze i że zmarnują się tony papieru. Jeszcze emocje związane z nowym przepisem nie opadły, a Ministerstwo Zdrowia przygotowało kolejną nowelizację rozporządzenia w sprawie recept. Czy nadążymy?!

W sejmie posłowie opozycji postawili wniosek o wotum nieufności wobec ministra Arłukowicza. Z mównicy padały słowa druzgocącej krytyki. Druzgocącej, w pojęciu tych, którzy je wygłaszali. Aby bronić swego współpracownika,

nie bacząc na chorobę wymagającą hospitalizacji, przybył pan premier. Złośliwi mówią, że prezes Rady Ministrów do Sejmu przybył nielegalnie, bo szpital nie może wydawać przepustek. Do odwołania pana ministra zabrakło 12 głosów. Wiadomo, że od ministra zależy obecnie dużo mniej niż kiedyś. Najważniejszy ośrodek decyzyjny umiejscowiony jest w innym miejscu, nie na Miodowej, ale na Grójeckiej. Nie umniejszam oczywiście roli Parlamentu. Wiadomo: Wiejska – ustawy, Miodowa – rozporządzenia, Grójecka – zarządzenia. Parafrazując pewne stare powiedzenie, można stwierdzić: nam lekarzom zewsząd krzywdą. Wielu polityków z lewej i z prawej strony sceny politycznej gromko krytykuje obecny stan rzeczy w ochronie zdrowia czy też – jak chce nasz rozmówca w „Rozmowie o zdrowiu” – w usługach medycznych. Krytyków nie brakuje, ale czy któryś z nich ma precyzyjny program naprawczy? Można niestety odnieść wrażenie, że jasnej koncepcji, jakie najważniejsze ruchy należy wykonać w najbliższych miesiącach, nie posiada nikt. A jeśli nawet ktoś posiada, to nie potrafi klarownie przedstawić jej społeczeństwu i przede wszystkim – środowisku lekarskiemu.

Z przykrością muszę stwierdzić, że mój apel do kolegów i koleżanek z poprzedniego numeru „GL”, aby zgłaszali przykłady pozytywnych przemian w placówkach, w których pracują, pozostał całkowicie bez echa. Nie wierzę, że takich przykładów nie ma. Szkoda, że nikt nie chce się nimi pochwalić. ■

Migawka

PARLAMENTARZYŚCI W NIL

24 stycznia w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie przedstawicieli NRL z zaproszonymi posłami RP i senatorami RP będącymi lekarzami. To już kolejne takie spotkanie organizowane przez NIL, będące okazją do wymiany poglądów na temat funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Wśród obecnych byli m.in. Stanisław Karczewski, Jarosław Katulski, Beata Małecka-Libera, Marek Hok, Bolesław Piecha.



FOTO: Katarzyna Strzałkowska

Formy wykonywania zawodu

Wprowadzanie nowych przepisów regulujących system świadczeń zdrowotnych ma zawsze porządkować tę dziedzinę działalności, ujednolicać zasady, na jakich świadczenia są udzielane.

Zwykle w pierwszym okresie obowiązywania powstają poważne wątpliwości dotyczące interpretacji i stosowania tych przepisów. W przypadku ustawy o działalności leczniczej nie jest inaczej. Wątpliwości budzi chociażby sytuacja lekarza, który jest jednocześnie podmiotem leczniczym. Czyli takiego, który jako jednoosobowy przedsiębiorca zarejestrował u wojewody podmiot leczniczy i zamierza osobiście udzielać w nim świadczeń zdrowotnych.

Ustawa o działalności leczniczej pozbawiła mocy obowiązującej przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dotyczące form wykonywania zawodu, ponieważ sama zawiera regulacje w tym zakresie. Zawiera zarówno przepisy dotyczące podmiotów leczniczych, jak i praktyk prywatnych. Nie daje jednak jasnej odpowiedzi na pytanie, czy lekarz będący podmiotem leczniczym musi zarejestrować prywatną praktykę, żeby w przedsiębiorstwie tego podmiotu udzielać świadczeń zdrowotnych.

Dotychczas przepisy określały formy wykonywania zawodu, wyznaczając pewien ich katalog, któremu nadawano zamknięty charakter. Nie było w nim i nadal nie ma samozatrudnienia lekarza w należącym do niego podmiocie leczniczym. Pewien katalog form wykonywania zawodu, potwierdzony również uchwałami samorządu lekarskiego regulującymi

konsekwencje przerw w wykonywaniu zawodu lekarza, zderza się z zasadą swobody podejmowania i prowadzenia działalności gospodarczej. Sytuację komplikuje dodatkowo fakt, że jest to działalność regulowana, podlegająca surowszym ograniczeniom.

Niewątpliwie lekarz, który prowadzi podmiot leczniczy, nie może sam ze sobą zawrzeć umowy na udzielanie w nim świadczeń. Nie zleca więc własnej praktyce zawodowej jakichkolwiek czynności we własnym podmiocie leczniczym. Wprost jednak nie dopuszczono takiej formy aktywności zawodowej lekarza, przy wprowadzeniu rozróżnienia pomiędzy samym podmiotem leczniczym, a przedsiębiorstwem, za którego pomocą wykonuje on określony rodzaj działalności leczniczej. Kolejna wątpliwość z tym związana dotyczy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej – czy lekarz pracujący we własnym podmiocie musi ubezpieczać odrębnie podmiot leczniczy i siebie. Odpowiedź w tym zakresie, jak się wydaje, zawiera § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wynika z niego, że jeżeli podmiot wykonuje działalność leczniczą w kilku rodzajach lub w więcej niż jednej formie, to wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu stanowi równowartość najwyższej minimalnej sumy gwaran-

cyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów albo form wykonywania działalności leczniczej.

Kwestia ta budzi wątpliwości i może powinna doczekać się jednoznacznego uregulowania w przepisach ustawy.

Podobnie jak wykonywanie zawodu przez lekarzy na umowy-zlecenia i to szczególnie w sytuacji, gdy nie prowadzą oni prywatnych praktyk. Zawieranie umów-zlecenia z lekarzami, którzy nie mają zarejestrowanych własnych gabinetów, być może nie jest powszechne, ale występuje w praktyce. Pracują w ten sposób często emerytowani lekarze lub tacy, którzy poza zleceniem pozostają wyłącznie w stosunku pracy. Kwalifikować to należy jako wykonywanie działalności leczniczej, które zgodnie z przepisami ustawy możliwe jest po uzyskaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wykonywanie w ten sposób działalności podlega również obowiązkowemu ubezpieczeniu OC. Niedopełnienie formalności w tym zakresie może być niebezpieczne dla lekarza w przypadku roszczeń pacjenta, gdyż podmiot, z którym zawarł z nim umowę-zlecenie, może próbować przerzucić na niego całą odpowiedzialność za to zdarzenie.



**Maciej
Hamankiewicz**

**Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej**

*Wielu
niezwiązanych
z medycyną
lub którym
się wydaje,
że rozumieją,
jak ma
funkcjonować
lekarz, bo
przejrzeli
strony dra
GOOGLE'a lub
spotkali się ze
Stańczykiem
w Krakowie,
usiłowało
w ostatnim
czasie nas
pouczać
w kwestiach
eutanazji.*

Pewniki i niewiadome

Zawód lekarza nie jest zwykłym zawodem, bo oprócz wypełniania czynności zwanych przez NFZ „świadczeniem” ma za zadanie wypełnianie jednej z najważniejszych misji, jaką jest ratowanie zdrowia i życia.

Każdy z nas doskonale to czuje, starając się oddawać całego siebie chorym i potrzebującym. To najczęściej zaprzęta nasze ciała i umysły przez 24 godziny na dobę od pierwszego roku studiów do końca naszego życia zawodowego. Jan Paweł II mówił, że „dla wypełnienia tych złożonych i subtelnych działań nieodzowna jest kompetencja w zawodzie, którą należy nieustannie uzupełniać zgodnie z najnowszymi osiągnięciami nauki”. To zadanie musimy realizować, zapewniając sobie sami środki finansowe. Tymczasem niektórym zarządzającym ochroną zdrowia wydaje się, że etycznym jest zmuszanie do pracy podległego personelu bez zapewnienia mu godziwego wynagrodzenia zgodnego z wykształceniem, wiedzą i odpowiedzialnością na danym stanowisku. Zarzucają nieetyczność tym pracownikom, którzy nie godzą się na obniżki płacy w celu „zbilansowania” finansów szpitala. To zła metoda pudrowania nieumiejętności zarządzania. Przecież to na dyrektorach ciąży obowiązek właściwego kontraktowania i właściwej organizacji pracy, a na organach założycielskich i NFZ realizowania pełnego finansowania świadczeń, w tym kosztów osobowych!

Koniec roku minął pod znakiem ograniczania przyjęć do szpitali, nawet onkologicznych i pediatrycznych. Początek roku był zaś zapowiedzią przyjmowania do szpitali zgodnie z limitem narzucanym przez NFZ, co oznacza w praktyce pracę tylko w pierwszych dwóch lub trzech tygodniach każdego miesiąca. Niejeden dyrektor jednostki pokusił się o odmowę przyjmowania chorych, by rękoma lekarzy regulować swoje stosunki z NFZ. A przecież nie jesteśmy zawodem mechaników usuwających nowotworowe guzy z silników samochodowych i nie możemy zgodzić się z limitami NFZ na procedury ratujące zdrowie i życie (a z tym mamy do czynienia w chorobach onkologicznych). I nie wiem, kto jest tu bardziej nieetyczny – urzędnik NFZ czy administrator szpitala onkologicznego, czy może obydwaj. Jednak my, lekarze, nie dajmy się wciągać w ten niemoralny wir tłumaczony niemocą finansową NFZ.

Nie chciałbym w lutym i w marcu po skończonym egzaminie LEK i LDEK mówić, jak zwykle mówi moja żona: „a nie mówiłam”, „a nie przestrzegałam”, „a nie przypominałam” itd. Od wielu miesięcy przypominamy, piszemy do ministra zdrowia, że ustawa zmieniająca LEP na LEK powinna spowodować zgłoszenie tego egzaminu w dokumentach Unii Europejskiej, tak by wszyscy, którzy zdadzą LEK i LDEK mieli identyczną sytuację, jak ich poprzednicy zdający LEP i LDEP. Nie wiemy, dlaczego zostawia się to na ostatnią chwilę. Ponadto nikt nie rozumie, dlaczego, realizując stary program stażu, mają zdawać coś, co powinno być przypisane studiom

w nowym programie, bez stażu podyplomowego. Nawiasem mówiąc, niewiele uczelni przygotowało się do nowego stylu nauczania, pojmując zmiany jako kompensacje materiału do nauczania z sześciu do pięciu lat. Efekty będzie widać – część zrezygnuje z takich studiów, a ci, którzy pozostaną, będą zabiegać o przywrócenie stażu podyplomowego.

Od wielu miesięcy czekaliśmy na rozporządzenie w sprawie specjalizacji. Na początku 2012 r. wszystko wydawało się być uzgodnione i czekaliśmy jedynie na weneńską pisarską ministra, który zechce złożyć swój podpis pod rozporządzeniem. Minęło sporo czasu i nagle pojawiło się rozporządzenie przedstawiane jako przedyskutowane i uzgodnione ze środowiskiem. A tak niestety nie jest, bo w ostatniej chwili wena pisarska ministra spowodowała, że dopisał kilka szaleńców istotnych, a wywołujących słuszne emocje zdań. Do tego przekroczył upoważnienie ustawowe i wprowadził nieznaną tryb zdobywania specjalizacji. Zdziwienie budzi fakt, że dopisano kilka dodatkowych specjalizacji, zamiast ich ilość zmniejszyć. Wprowadzono, obok systemu dwumodułowego lub jednolitego, nową kategorię możliwą do zdobycia jedynie z tytułem specjalisty. W ten sposób, starania minister Ewy Kopacz, by proces specjalizacji skrócić, w kilku przypadkach minister Bartosz Arłukowicz skutecznie wydłuża. Dodatkowe emocje wzbudza fakt, że ani on, ani my, nie potrafimy tego logicznie wytłumaczyć. Te specjalizacje powinny być możliwe do zrobienia w systemie modułowym tak, by specjalistów było jak najwięcej.

Wielu niezwiązanych z medycyną lub którym się wydaje, że rozumieją, jak ma funkcjonować lekarz, bo przejrzyli strony dra GOOGLE'a lub spotkali się ze Stańczykiem w Krakowie, usiłowało w ostatnim czasie nas pouczać w kwestiach eutanazji. My lekarze i lekarze dentyści pozostaniemy wierni zapisom KEL mówiącym o naszej roli obrońców życia od poczęcia aż do naturalnej śmierci. Ileż to trzeba było się natłumaczyć, jaka jest różnica pomiędzy eutanazją a uporczywą terapią! Nawet znana dziennikarka telewizyjna, nastawiona na autowiedzę przed programem, której usiłowano to wytłumaczyć, okazała się być trwale uodporniona na informacje dotyczące prawa człowieka do godnej śmierci. Bowiem nie jest to temat, który można omawiać w czerwonych szpilkach, agresywnie atakując całą swoją ignorancją rozmówcę. Chciałbym, aby każdy z nas z empatią towarzyszył odchodzącemu człowiekowi, a jeśli trzeba, by nie męczył go niepotrzebną, uporczywą terapią. Ale nigdy nie wolno nam przyjąć roli kata, a jeśli ktokolwiek będzie chciał stworzyć zawód eutanatora, na pewno w Polsce nie będą go wykonywali lekarze i lekarze dentyści. ■

Od kwietnia – zmiany w numeracji recept

Do końca marca zachowają swoją ważność wszystkie dotychczas stosowane recepty, których numery identyfikujące rozpoczynają się od cyfr „01”. Od 1 kwietnia recepty te stracą jednak swoją ważność. Również od 1 kwietnia powstanie obowiązek nanoszenia w postaci kodów kreskowych numeru REGON oraz numeru prawa wykonywania zawodu. **Nowe recepty będą zawierać unikalny numer identyfikujący rozpoczynający się od cyfr „02”.** Zmianę wprowadza rozporządzenie w sprawie recept lekarskich zmodyfikowane 21 grudnia ub. roku i omówione w komunikacie wiceministra zdrowia Igora Radzieiwicza-Winnickiego, opublikowanym przez NIL pod koniec ubiegłego roku. We wcześniejszym brzmieniu rozporządzenia obowiązek recept z cyframi „02”, kodem kreskowym numeru REGON oraz numerem prawa wykonywania zawodu miał obowiązywać od 1 stycznia br. Samorząd lekarski zabiegał o wydłużenie tego terminu. Termin został wydłużony jedynie o trzy miesiące. Sytuacja komentowana jest m.in. w listach docierających do „Gazety Lekarskiej”: „Nie rozumiem, dlaczego w dobie kryzysu mam wyrzucać około 200 identycznych recept zakupionych w ubiegłym roku z powodu niezrozumiałej dla mnie 20- czy 22-cyfrowej liczby” – napisał dr n. med. Tadeusz Zgorzalewicz z Zielonej Góry.

18 stycznia br. ukazała się kolejna wersja projektu zmiany rozporządzenia w sprawie recept, na którą Prezydium NRL zareagowało następująco: „Konieczność nowelizacji rozporządzenia celem usunięcia niekonsekwencji powstałych na skutek przeprowadzonej zaledwie 4 tygodnie wcześniej nowelizacji wskazuje, że poziom komplikacji i przeregulowania sposobu wystawiania recept lekarskich osiągnął poziom tak absurdalnie wysoki, iż nawet autor rozporządzenia, czyli Minister Zdrowia, nie jest w stanie poruszać się w obrębie tak przeregulowanej materii”. Lekarzom, którzy nie mają podpisanej umowy z NFZ, zakresy numerów (zaczynające się od cyfr „07”) recept dla wystawiania leków „Rpw” na 100 proc. przydzieli Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny właściwego województwa.

Różowe na białe

Tylko do końca marca br. będą obowiązywały różowe recepty oznaczone numerem rozpoczynającym się od cyfr „01” wystawiane na leki narkotyczne. Recepty różowe zostały zamienione na białe i są oznaczone symbolem „Rpw”. Informacja o tym, że jest to recepta wystawiona na leki narkotyczne, jest zakodowana w unikalnym numerze. „Zakresy unikalnych numerów identyfikujących recepty na leki narkotyczne pobiera lekarz samodzielnie z portalu internetowego



Gala wręczenia honorowych medali dla lekarzy seniorów oraz nagród dla najlepszych lekarzy stażystów.



FOTO: Marta Jakubiak (1), Katarzyna Strzałkowska (2)

NFZ tak, jak w przypadku recept na leki nienarkotyczne i samodzielnie je drukuje lub przekazuje do drukarni” – napisał w komunikacie wiceminister Igor Radziejewicz-Winnicki.

Umowa z NFZ – jednoznaczna odpowiedź MZ

Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało na zapytanie dotyczące art. 48 ust. 2 ustawy refundacyjnej. Na gruncie tego przepisu pojawiały się opinie, że lekarz zatrudniony na umowie o pracę w podmiocie leczniczym, który nie podpisał umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, może podpisać z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę upoważniającą do wystawiania recept na leki refundowane jedynie wówczas, gdy ma zarejestrowaną praktykę zawodową. Odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia wskazuje, że osobą uprawnioną do wystawiania recept refundowanych jest m.in. lekarz, lekarz dentysta, z którym dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych. **Jak zapewnia ministerstwo, przepisy omawianej ustawy nie wprowadzają innych obostrzeń, w tym dotyczących form, w jakich lekarz może wykonywać zawód.** „Skoro zatem norma prawa nie wprowadza w tym zakresie żadnych dodatkowych warunków, nie jest dopuszczalna taka jego interpretacja, która prowadziłaby do zawężającej bądź rozszerzającej jego wykładni” – podkreśliła Alina Budziszewska-Makulska – zastępca dyrektora Departamentu Prawnego MZ.

Pozbawieni eWUŚ

Wprowadzony od nowego roku system eWUŚ nie został udostępniony wszystkim. Problem weryfikacji statusu ubezpieczenia zdrowotnego na poziomie rejestracji pacjentów pojawił się u świadczeniodawców nieposiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Lekarzowi wykonującemu zawód u tego świadczeniodawcy – uprawnionemu do wystawiania recept na leki refundowane – nie zapewniło to możliwości weryfikacji statusu ubezpieczenia pacjentów poprzez system eWUŚ. Prezydium NRL – stając w obronie tych lekarzy – podjęło stanowisko w sprawie niezbędnej zmiany rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Prezydium wniosło o taką nowelizację rozporządzenia, która

umożliwi potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tym świadczeniodawcom, którzy nie zawarli umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie są osobami uprawnionymi do wystawiania recept na leki refundowane, lecz u których zawód wykonują osoby uprawnione do wystawiania takich recept. Zdaniem Prezydium, potwierdzanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej powinno polegać na wygenerowaniu przez system informatyczny NFZ informacji „uprawniony” lub „nieuprawniony” bez udostępniania jakichkolwiek danych osobowych. Takie komunikaty byłyby – wg Prezydium – odpowiedzią na zapytanie wprowadzone do systemu informatycznego przez lekarza lub upoważnionego pracownika świadczeniodawcy na podstawie upoważnienia pacjenta do wykorzystania podanych przez niego danych: imienia i nazwiska oraz nr PESEL.

Szpital psychiatryczny dla przestępców?

Propozycja nowelizacji kodeksu karnego przewiduje możliwość umieszczenia osoby skazanej z zaburzeniami osobowości w szpitalu psychiatrycznym w celu uniknięcia poważnego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia innych osób. Zdaniem samorządu, **rozwiązanie to jest sprzeczne z ideą ochrony zdrowia psychicznego i zasadami funkcjonowania placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej.** „Cel projektodawców w postaci izolacji sprawców poważnych przestępstw, którzy wskutek zaburzeń osobowości mogą po opuszczeniu zakładu karnego popełnić przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu czy bezpieczeństwu publicznemu, powinien być zrealizowany za pomocą innych instrumentów niż umieszczanie w szpitalu psychiatrycznym” – zaznaczono w stanowisku Prezydium NRL. Prezydium wskazało również, że możliwości terapeutyczne wobec osób z zaburzeniami osobowości są bardzo ograniczone i opierają się głównie na oddziaływaniach psychoterapeutycznych, których warunkiem powodzenia jest motywacja danej osoby do udziału w takich zajęciach – farmakoterapia jest wobec zaburzeń osobowości nieskuteczna. Dodatkowo zaznaczono, że wydatki na stworzenie ośrodka terapii osobowości nie powinny być pokrywane z części 46 – Zdrowie, ponieważ izolacja skazanych nie jest zadaniem z zakresu ochrony zdrowia, lecz z zakresu bezpieczeństwa publicznego.



Nagradzają starszych, promują młodych

Medalami honorowymi dla lekarzy seniorów oraz nagrodami dla najlepszych lekarzy stażystów uhonorowała swoich członków Okręgowa Izba Lekarska w Płocku. Teatr Dramatyczny, w którym odbywała się wspólna gala OIL i PTL, organizowana na 140-lecie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, gościł lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski. Nagrody dla stażystów wręczał prezes NRL Maciej Hamankiewicz. Podczas uroczystości marszałek województwa mazowieckiego, Adam Struzik, wręczył medal Pro Mazowia Płockiemu Towarzystwu Lekarskiemu. Medal odebrali Jacek Zieleniewski – przewodniczący oddziału płockiego PTL oraz prof. Jerzy Woy-Wojciechowski – prezes PTL. Biskup płocki, Piotr Libera, cytował wiersz Zbigniewa Herberta z cyklu utworów „Brewiarze”: „Panie, dzięki Ci składam za strzykawki z igłą grubą i cienką jak włos, bandażę, wszelki przylepiec, pokorny kompres, dzięki za kroplówkę, sole mineralne, wenflony, a nade wszystko za pigułki na sen o nazwach jak rzymskie nimfy, które są dobre, bo proszą, przypominają, zastępują śmierć”. Biskup podkreślił, że praca lekarzy bywa niezauważalna. Dzięki pomysłowi prowadzącego uroczystość prezesa OIL w Płocku, Jarosława Waneckiego, zauważono pracę wyróżnionych lekarzy seniorów na rzecz samorządu lekarskiego. Zauważono również pracę młodych lekarzy, którzy poświęcili swój czas nauce i zdobyli sporą liczbę punktów w egzaminach LEP i LDEP.

W czym można uczestniczyć?

Naczelna Izba Lekarska objęła patronatem wydarzenia sportowe i kulturalne. Na terenie OIL w Rzeszowie, w dniach 18-21 kwietnia na pływalni MOSiR w Dębicy odbędą się IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Podczas Mistrzostw zorganizowana zostanie Konferencja Naukowa Medycyny Sportowej. Natomiast w dniach 1-3 marca w Bystrem k. Baligrodu odbędą się XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Dla lekarzy zajmujących się fotografią Lubelska Izba Lekarska przygotowała III Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny – termin nadsyłania zdjęć upływa 30 kwietnia br. Konkurs fotograficzny organizuje też Śląska Izba Lekarska – prace można nadsyłać do 31 marca br. ■



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
wiceprezes KPOiL
w Toruniu, publicysta
„Pulsu Medycyny”

Refleksje z budowy drugiej Japonii

Dwa lata temu wyrabiałem sobie paszport. Taki nowoczesny, z danymi biometrycznymi. U nas oznacza to zapisanie w dokumencie w formie elektronicznej wizerunku twarzy i linii papilarnych.

Z wykonaniem odpowiadającego wymogom zdjęcia problemów nie było, bo fotograf oczywiście wiedział, czym różni się to do paszportu od tego do prawa jazdy, choć nawiasem mówiąc, nie bardzo rozumiem, co stoi na przeszkodzie ujednolicenia wszystkich urzędowych fotek. Gorzej poszło z odciskami, bo mój palec jakoś nie chciał współpracować ze stojącym na urzędniczym biurku czytnikiem. – *Niech pan się nie przejmuję, on już tak ma* – pocieszała mnie referentka, widząc, jak mocuję się z urządzeniem, by nie dać plamy, tylko dobry odcisk. Jako że kilkuminutowe próby wejścia w łaski kapryśnej maszyny nie przyniosły rezultatu, po kolejnym zamknięciu i otwarciu programu o pomoc został poproszony pan Rysiek zza sąsiedniego biurka. Jego stricte fizyczna interwencja okazała się skuteczna, choć przypominała mi, znaną na szczęście tylko z książek, karę łamania palców.

Pół roku później, stając na końcu długiej, wijącej się w wielki prostokąt, kolejki do kontroli paszportowej na tokijskim lotnisku Narita, nieźle się wystraszyłem, widząc, że do wyrobienia japońskiej wizy potrzebna jest wykonana na miejscu fotografia i odcisk palca. Obawiałem się, że nie dość, że spędzę w kolejce dobre dwie godziny, to jeszcze jakiś miejscowy pan Richādo będzie zmuszony zademonstrować na mnie Yubi Tori*. Nic z tych rzeczy! Skomplikowana na pierwszy rzut oka procedura okazała się bułką z masłem czy też kawałeczkiem sushi. Zdjęcie-odcisk-paszport, zdjęcie-odcisk-paszport... Wszystko szło w godnym Kraju Kwitnącej Wiśni ekspresowym tempie i bez zająknięcia, zarówno sprzętu, jak i obsługujących go ludzi. Być może była w tym zasługa wielogodzinnej i męczącej podróży, ale zanim się zorientowałem, miałem w paszporcie japońską wizę i mogłem rozpocząć zwiedzanie.

Ta historia przypominała mi się, ponieważ informatyzujemy się na potęgę i tylko patrzeć, jak w oenztowskim rankingu wyprzedzimy Kazachstan, a może nawet wielką i potężną Rosję. Po biometrycznych paszportach zrobiliśmy kolejny, miłowy krok w tym kierunku. Ten krok wdzięcznie nazywa się eWUŚ (poność na cześć byłej pani minister). Teraz, czyli w erze

Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, wystarczy tylko numer PESEL, by sprawdzić, czy ktoś jest ubezpieczony. Prawda, że miło? Marzę o sprawnie działających i skoordynowanych systemach informatycznych, bo one rzeczywiście oszczędzają czas i pieniądze. Tylko na razie, zakładałam tylko chwilowo, jesteśmy na etapie opisywanego przeze mnie rodzimego biura paszportowego, a nie japońskiego lotniska. Bo eWUŚ ma swoje kaprysy i potrafi ni stąd, ni zowąd odmówić współpracy. Na pół godziny albo na półtorej, raz albo więcej razy w tygodniu. Zdarza się, że system pokaże brak ubezpieczenia u kogoś, kto ma je na pewno. Prosi się wówczas pacjenta o wypisanie oświadczenia. I bardzo dobrze. Tylko dlaczego jest ono tak skomplikowane, że co niektórych odstrasza? Powinno być tak, że staje ktoś przy okienku, podpisuje gotowy, prosty formularz i sprawa załatwiona. Zakładając, że rzeczywiście w kraju, w którym jest tylko ułamek procenta nieubezpieczonych, weryfikowanie prawa do ubezpieczenia za cenę dłuższych kolejek dla pacjentów i dodatkowej, dosłownie bezcennej pracy rejestratorek, to sprawa pierwszoplanowa.

Widać rzeczywiście chcemy osiągnąć najwyższą japońską jakość, skoro ten ułamek procenta jest tak ważny. W przyszłym roku, na – wbrew złośliwym plotkom – ciągle czynnym placu budowy drugiej Japonii, ma się pojawić Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. KUZZ już bardzo mnie kusi, bo zgodnie z obietnicą ministra Boniego dzięki kolejnemu informatycznemu wynalazkowi będę jako lekarz zajmował się tylko leczeniem. Niepokoję się tylko, czy panu ministrowi uda się zdążyć w terminie. Rok temu o tej porze obiecywano nam dwa w jednym, czyli nowy dowód osobisty z funkcją e-karty ubezpieczenia zdrowotnego. Dziś dowód i karta to dwa osobne byty. Mimo wszystko nie tracę wiary w sukces – to jest, że zdążymy. A może nawet z tych nowych kart nie będzie można tak łatwo zdalnie kopiować danych jak z paszportów biometrycznych i o moich przyszłych, ewentualnych chorobach nikt niepowołany się nie dowie. ■

* Yubi Tori – jeden z podstawowych chwytów judo, mogący spowodować ból lub złamanie palca przeciwnika.

*eWUŚ ma
swoje kaprysy
i potrafi ni
stąd, ni zowąd
odmówić
współpracy.
Na pół
godziny albo
na półtorej,
raz albo
więcej razy
w tygodniu.*

W granicach przyzwoitości

Przed wojną żaden lekarz nie otworzył praktyki w okolicach dworca czy sklepu, by nie być uprzywilejowanym wśród kolegów lekarzy.

Lucyna
Krysiak

Daniel Passent podczas debaty w mediach na temat nepotyzmu powiedział, że nie można nie docenić tego, ile oznacza dom, w jakim się wzrasta, dlatego ma większe zaufanie do młodego lekarza, który pochodzi z rodziny lekarskiej, którego ojca zna. Publicysta miesięcznika „Polityka” dodał, że w zapobieganiu temu zjawisku najważniejsza jest jawność i przyzwoitość.

Dobrym obyczajem...

O nepotyzmie stało się głośno za sprawą polityków i zatrudniania ich dzieci na eksponowanych stanowiskach. Zaczęto się przyglądać urzędowi, uczelniom, placówkom naukowym, a także określonym środowiskom: urzędników, polityków, prawników, lekarzy. Zaczęto się też zastanawiać, co jest nepotyzmem, torowaniem drogi do karier krewnym, a co przekazywaną z dziada pradziada tradycją związaną z wykonywanym zawodem, kultywowaniem wypracowanych przez pokolenia zawodowych i etycznych wartości. Prof. Henryk Domański, dyrektor Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, mówił, że trudno jest oddzielić naturalny mechanizm dziedziczenia ról społecznych przez dzieci od celowego praktykowania nepotyzmu, czyli niesłusznego promowania krewnych. Rodzice chcą przekazać dzieciom swój kapitał kulturowy i jest to naturalne. Dodał, że w środowiskach naukowych dziedziczenie po dziadku czy ojcu stanowiska lub wspólna praca mogą mieć miejsce, jeśli u podstaw leżą wysokie kwalifikacje i kompetencje, ale nie zawsze można to udowodnić ponad wszelką wątpliwość. Takie sprawy może rozstrzygać prawo. Za sprawą nowelizacji ustawy o szkolnictwie wyższym weszły w życie nowe przepisy, dotyczące zasad zatrudniania nauczycieli akademickich, które określają, że pomiędzy nauczycielem akademickim a zatrudnionym w tej samej uczelni jego małżonkiem, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie oraz osobą pozostającą w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli nie może powstać stosunek bezpośredniej podległości służbowej. Nie dotyczy to osób pełniących funkcje organów jednoosobowych uczelni. Ustawa przewiduje powoływanie ich w drodze wyborów (rektora, prorektorów, dziekanów i prodziekanów). Nie czekając na rozwiązania prawne, rektorzy niektórych uniwersytetów medycznych (najpierw w Łodzi, po nim Collegium Medicum w Krakowie) podjęli uchwałę o dobrych obyczajach, w której napisano, że zatrudnianie w tych samych jednostkach krewnych z pierwszym stopniem pokrewieństwa jest niezgodne z zasadą dobrych obyczajów, jakie powinny panować w uczelni medycznej.

Z dziada pradziada

Problem jest złożony, bo często mamy do czynienia z tradycją rodów lekarskich i kontynuacją profesji medycznej,

która przechodziła z ojca na syna. Takie tradycje wnoszą medycynę na wyższy poziom, określają jej miejsce w świecie, wyznaczają wysokie standardy etyczne. Jednym słowem tworzą narodowy dorobek naukowy i kulturowy. Takim lekarskim rodem są Nielubowiczowie. Nieżyjący już prof. Jan Nielubowicz był wybitnym chirurgiem i transplantologiem, współtwórcą transplantologii w Polsce, ale też obdarzonym charyzmą ciepłym, otwartym i życzliwym człowiekiem. Urodził się w 1915 r. w Warszawie, zmarł w 2000 r. także w Warszawie i mimo różnych kolei losu z miastem tym był związany nierozdzielnie. Jego ojciec dr Kazimierz Nielubowicz był chirurgiem i urologiem w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Dziadek Władysław Nielubowicz także był chirurgiem i dyrektorem szpitala w Kremenczugu na Ukrainie. Jan dyplom lekarza uzyskał w marcu 1939 r., a więc na krótko przed wybuchem wojny. Okupacja zastała go w Wilnie i Kownie. Kiedy po wojnie wrócił do Warszawy i rozpoczął pracę w Klinice Chirurgicznej w Szpitalu Dzieciątka Jezus – tej samej, w której pracował jego ojciec – poczuł, że jest w domu. Był na rocznym stażu w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Harvarda w Bostonie, po powrocie stworzył szkołę nowoczesnej chirurgii, a w 1966 r. doprowadził do pierwszego w Polsce udanego przeszczepu nerki. Przez dwie kadencje był rektorem AM w Warszawie i przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego w I i II kadencji OIL w Warszawie (izba ta nosi imię Jana Nielubowicza), członkiem 14 zagranicznych towarzystw naukowych, w tym członkiem honorowym Brytyjskiego i Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów. Od 6 uczelni medycznych otrzymał tytuł doktora honoris causa, od papieża Order Komandorii z Gwiazdą św. Sylwestra Papieża, a od państwa Krzyż Wielki Orderu Odrodzenia Polski. Jego żona Helena Kistelska jest lekarzem neurologiem. Ich syn Wojciech Nielubowicz jak pradziadek, dziadek i ojciec także wybrał chirurgię (z powodów zdrowotnych zrezygnował z operowania) i przez jakiś czas pracował u ojca. Jego żona Dorota jest radiologiem. Prof. Jan Nielubowicz uważał, że w człowieku nie ma nic bardziej wartościowego niż jego umysł i kierując się tą zasadą, wspierał wielu zdolnych lekarzy. – Pracując przez trzy lata w jednej klinice z ojcem, nie zauważyłem, aby z tego powodu były jakieś niesnaski wśród kolegów, raczej spotykałem się z życzliwością, nie doświadczyłem też, aby ojciec mnie forował, przeciwnie – musiałem zawsze być w porządku – wspomina Wojciech Nielubowicz. Dodaje, że to była klinika, gdzie wszyscy się ze sobą przyjaźnili, nie patrzyło się na pieniądze, ale na cele. – Ojciec był bezpośredni, potrafił publicznie zrugać, ale też wszystkich popychał do przodu, pragnął, aby zostawili po sobie jakiś ślad – opowiada syn profesora.

O nepotyzmie stało się głośno za sprawą polityków, zatrudniania ich dzieci na eksponowanych stanowiskach. Zaczęto się przyglądać urzędowi, uczelniom, placówkom naukowym, a także określonym środowiskom: urzędników, polityków, prawników, lekarzy.

Ojciec polskiej interny

Rodem lekarskim, który pozostawił po sobie niezatarty ślad, są Orłowsky. Prof. Witolda Orłowskiego urodzonego w 1874 r. w Norwidpolu, zmarłego w 1966 r. w Warszawie, uważa się za twórcę polskiej interny, a jego syna Tadeusza za kontynuatora tej tradycji. Zachowane dokumenty rodzinne wskazują, że Orłowsky pochodzili z Mazowsza i po bitwie pod Płowcami, w połowie XIV w., nadano im herb Lubicz. Część rodziny powędrowała na Podole i Wołyń, a przodkowie prof. Witolda Orłowskiego osiedli na Wileńszczyźnie. Jego protoplasta, Siemion Orłowski, miał pięciu synów, z których w prostej linii wywodził się pradziad współczesnych Orłowskich. Syn Witolda Orłowskiego Tadeusz oraz jego stryjeczne rodzeństwo – Olga Mioduszevska i Zbigniew Orłowski – to także profesorowie medycyny. Witold był pionierem fizjopatologii i biochemii. Otrzymał liczne doktoraty honoris causa, był autorem przeszło 200 prac naukowych, głównie z kardiologii, ale też wspomina się go jako wyjątkowego człowieka, humanistę, społecznika. Już w młodym wieku, jako lekarz grupy Polaków „ewakuowanych” z Kongresówki założył w Kazaniu towarzystwo kulturalne, zorganizował szkołę dla dzieci i sam je leczył. Społecznikowskie pasje rozwinął w powojennej Polsce. Za jego sprawą uznano gruźlicę za chorobę społeczną. Pierwszy w Rosji robił odmę leczniczą, pierwszy rozwijał diagnostykę radiologiczną. Do tego dziedzictwa często nawiązywał jego syn prof. Tadeusz Orłowski – wybitny specjalista w zakresie interny, nefrologii oraz transplantologii (profesor zmarł w 2008 r.). Uważa się go nie tylko za naukowca i lekarza, ale człowieka o wielkim sercu i osobowości. W czasie wojny należał do AK, w czasie powstania warszawskiego pomagał chorym i rannym. Stworzył polską szkołę dializoterapii. Już w latach 50. podejmował pionierskie próby leczenia mocznicy dializami otrzewnowymi, w roku 1959 uruchomił w Warszawie ośrodek dializacyjny, tzw. sztuczną nerkę. Dzięki jego zespołowi stworzono i opatentowano polską sztuczną nerkę arkuszkową i dializatory zwojowe. W 1966 r. prof. Orłowski wraz z prof. Janem Nielubowiczem dokonał pierwszego udanego przeszczepu nerki ze zwłok. Opracował program transplantacji nerek oraz metodę otrzymywania globuliny stosowanej w zwalczaniu odrzucenia przeszczepu. Z jego inicjatywy w 1975 r. powstał Instytut Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie. W latach 80. był to trzeci ośrodek na świecie pod względem liczby przeszczepianych nerek. Jego pasją była wspinaczka. Wspinał się w Alpach, koreańskich Górach Diamentowych, Górach Skalistych i Pirenejach. Zawsze podkreślał, że jego charakter ukształtowała rodzina, w domu mówiło się o chorych, osiągnięciach medycyny, sprawach, które wymagały rozwiązania. Jednym słowem: o tym, co publiczne, a nie prywatne.

Mollowie

Z definicji wyznacznikiem nepotyzmu jest tzw. bezpośrednia podległość służbowa. Potocznie interpretuje się to tak, że krewny nie powinien być bezpośrednim szefem pracownika. Rodzina Mollów z medycyną jest związana od pokoleń. Niezżyjący już prof. Jan Moll przez większość swojego zawodowego życia związany był ze szpitalem im. Sterlinga w Łodzi. Najpierw został kierownikiem II Kliniki Chirurgicznej AM w Łodzi, potem szefem Instytutu Kardiologii. Był pionierem kardiologii – przeprowadził w Polsce pierwszą próbę

przeszczepu serca, wszczepił pierwszą sztuczną zastawkę, wykonał pierwsze bypassy aortalno-wieńcowe. Jego syn, prof. Jacek Moll, poszedł w ślady ojca, także został kardiochirurgiem. W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi od podstaw tworzył oddział kardiologii dziecięcej. Żona profesora, Jadwiga Moll, jest kardiologiem dziecięcym i kieruje Oddziałem Kardiologii dosłownie za ścianą, gdzie dzieci są przygotowywane do operacji, a po operacji wracają tu i są pod jej opieką. Od lat mąż i żona pracują obok siebie. Prof. Jadwiga Moll także pochodzi z rodziny lekarskiej. Ojciec, Stanisław Leszczyński, był łódzkim ginekologiem, mama Hanna – pediatrą. Senior rodu, Jan Moll, urodził się w 1912 r. w Kowalewie Pomorskim. Jego ojciec Tadeusz prowadził aptekę. Potem przenieśli się do Inowrocławia. Jan studiował medycynę w Poznaniu i we Francji, a dyplom lekarza uzyskał na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W latach 50. przedstawiciel amerykańskiej fundacji szukał lekarzy, których można by przeszkolić w kardiologii i prof. Jan Moll, który w tym czasie pracował w Poznaniu, wyjechał na stypendium do Minneapolis, gdzie zetknął się z pierwszymi operacjami kardiologicznymi. Do Łodzi przeniósł się w 1963 r. Jego syn, prof. Jacek Moll, najpierw skończył Politechnikę Łódzką, medycyna przyszła później. Kiedy zaczynał studia medyczne, Jadwiga, z którą poznał go jej brat, właśnie je ukończyła. Tradycje rodzinne kontynuuje ich syn Maciej, który pracuje u ojca Jacka w oddziale. Córką Agnieszka także wybrała zawód lekarza. Prof. Jadwiga Moll mówi, że gdyby nie ścisła współpraca obu oddziałów, pewnie nigdy nie udało się stworzyć w Łodzi kardiologii dziecięcej na światowym poziomie. – My tym po prostu żyjemy, o chorych dzieciach, operacjach, szansach, leczeniu, sprzecznie rozmawiamy nie tylko w szpitalu, ale przy stole, w samochodzie, na spacerze – opowiada prof. Jadwiga Moll. Siłą rzeczy ten styl pracy musiał przejąć syn profesora, który zaczyna swoją drogę zawodową. Po prostu wyrósł w tych klimatach. Nepotyzm? Widzą go tam, gdzie się foruje kogoś z rodziny, odsuwając innych lekarzy w cień, a u prof. Jacka Molla jest to nie do pomyślenia. Sam kiedyś pracował u swojego ojca i pamięta go jako surowego nauczyciela. Liczyły się umiejętności, a nie pokrewieństwo. Dr Maciej fachu uczy się więc od ojca, tak jak ten kiedyś uczył się od swojego ojca, a jego dziadka.

Ars medica

Wśród rodów lekarskich są takie, których dzieje sięgają wielu pokoleń i takie, których historia dopiero się pisze. Jednym z najstarszych są Szczekliki, o których wzmianki istnieją w XVI w., kiedy w Pilźnie urząd burmistrza objął Marcin Szczekliki. Jego potomkowie też byli burmistrzami (ostatni z rodu piastował urząd od 1907 r. do wybuchu II wojny światowej). To jego wnukami są zmarli niedawno prof. Andrzej Szczekliki z Collegium Medicum UJ oraz jego brat prof. Jerzy Szczekliki, także z Collegium Medicum UJ. Urodzili się w Krakowie jako synowie lekarza kardiologa Edwarda Szczekliki, którego dwaj bracia byli również lekarzami. Jeden z nich zginął w Katyń, drugi na froncie. Syn Andrzej był wybitnym lekarzem i uczonym. Jego dwaj synowie i córka także są związani z medycyną. W rodzinie Szczeklików na przestrzeni wieków byli profesorowie teologii, rektorzy UJ, patrioci zesłani na Sybir, polonosi. Medycynę uważali za sztukę i zawsze zachęcali

*Rodem
lekarskim, który
pozostawił
po sobie
niezatarty ślad,
są Orłowsky.
Prof. Witolda
Orłowskiego
urodzonego
w 1874 r.
w Norwidpolu,
zmarłego
w 1966 r.
w Warszawie,
uważa się za
twórcę polskiej
interny, a jego
syna Tadeusza
za kontynuatora
tej tradycji.*

swoje dzieci do jej uprawiania. W jednym z wywiadów prof. Andrzej Szczekliki wspomina rozmowy o medycynie w czasie niedzielnych obiadów. Prym wiodł profesor Edward Szczekliki, który opowiadał o pacjentach, chorobach, diagnozach, terapiach. Dzielił się z synami wiedzą, doświadczeniem, wątpliwościami. Synowie zawsze podkreślali, jak te rozmowy głęboko zapadały w ich umysły i dusze, jak kształtowały ich charaktery. Prof. Andrzej Szczekliki często mówił, że od ojca czerpał najwięcej, że był jednym z jego najważniejszych mistrzów. Prof. Witold Rużyłło, pionier kardiologii inwazyjnej w Polsce, także pochodzi ze znanej lekarskiej rodziny. Jest synem prof. Edwarda Rużyłły, wybitnego internisty i gastroenterologa, a także twórcy systemu kształcenia podyplomowego lekarzy, oraz Aliny Rużyłły - ginekologa położnika. Uważali oni, że dzieci nasiągają tym, co niesie ze sobą dom i rodzina, a to przekłada się na ich zachowania i wybory w dorosłym życiu. Edward wybrał medycynę, bo chciał pomagać. Znane jest jego zaangażowanie na rzecz zdrowia publicznego oraz wychowywania młodych pokoleń studentów i absolwentów medycyny. Jako dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Lekarzy wyznaczał standardy ich rozwoju. W domu, gdzie łączono pomoc i rozwój własny z badaniami naukowymi, dorastał prof. Witold Rużyłło. Jako twórca nowych metod leczenia choroby wieńcowej, które dzisiaj upowszechniają jego uczniowie, można powiedzieć, że poszedł śladem ojca. – Ojciec zawsze nam wpajał, że mamy przekazywać wzorce zawodowe, być tą grupą ludzi, która zachęca czy też pokazuje, że warto zajmować się nauką, bo bez niej społeczeństwo nie może istnieć – podkreślał prof. Witold Rużyłło.

Zawodowe abecadło

Zdzisław Annusewicz, wykładowca w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, nie ma korzeni medycznych. Za to jego żona Anna z domu Tracz, także stomatolog, wywodzi się z rodziny lekarskiej. Jej ojciec, ukończył stomatologię, później wydział lekarski. Także jej brat, skończył medycynę, został chirurgiem, mieszka i pracuje w Szwecji. Kontynuując kierunek zawodowych zainteresowań rodziny, córka Annusewiczów Zofia została stomatologiem, a najmłodszy syn zaczyna studia na WUM. Problem nepotyzmu w medycynie nie dotknął ich rodziny, ponieważ tak się składało, że nie pracowali razem, nie byli też od siebie zależni jako zwierzchnik i pracownik, ale Zdzisław Annusewicz ma wyrobiony pogląd na ten temat. Uważa, że nastąpiło rozluźnienie zasad etyki. Kiedy w I kadencji był wiceprezesem OIL w Warszawie, przez dwie kadencje członkiem Prezydium NRL, członkiem Komisji Etycznej NRL, stykał się z tym problemem często. Jego zdaniem, środowisko lekarskie ma wypracowane zasady, jak go unikać. Te zasady są klarowne, ale w okresie peerelu, kiedy lekarzy

jako samorząd skazano na 50 lat niebytu, zdezaktualizowały się, a dziś ponoszone są tego konsekwencje. – Jestem zwolennikiem zachowywania granic przyzwoitości. Z nepotyzmem mamy do czynienia, jeśli są one przekraczane – tłumaczy dr Anusiewicz. Przypomina, że jeszcze niedawno żaden lekarz nie otworzył praktyki w okolicach dworca, aby nie stawiać się w uprzywilejowanej pozycji wobec innych kolegów lekarzy, bo to nieprzyzwoite. Dodaje, że jest katalog abecadła zawodowego dotyczący lekarzy, o którym zapomniano. Zgadza się z nestorami rodów lekarskich, że to, co wynosi się z domu, rzutuje na kształtowanie osobowości lekarza. Polscy lekarze starający się o pracę na Zachodzie, oprócz wymaganych dokumentów potwierdzających ich kwalifikacje, muszą przedstawić ocenę ich postawy etycznej, którą wystawia Naczelna Izba Lekarska. Ogranicza się to jednak do wydania zaświadczenia, że lekarz figuruje w rejestrze jako osoba niekarana. Może należałoby rozszerzyć ten wpis o taką ocenę – zastanawia się Z. Annusewicz. ■

Wśród rodów lekarskich są takie, których dzieje sięgają wielu pokoleń i takie, których historia dopiero się pisze.



**Anna
Lella**

**Sekretarz
generalny
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej Federacji
Dentystycznej
(ERO-FDI)**

Zawód z przyszłością

Znajnowszego rankingu stu najlepszych profesji opublikowanego w Stanach Zjednoczonych przez portal U.S. News & World Report* wynika, że najbardziej pożądanym zawodem jest zawód lekarza dentysty. W pierwszej dziesiątce królują profesje medyczne (m.in. pielęgniarki, farmaceuci, fizjoterapeuci, higienistki stomatologiczne), stomatolodzy znaleźli się na samym szczycie i przeskoczyli nawet lekarzy, których sklasyfikowano na piątym miejscu, choć w USA mają nieco wyższe średnie zarobki niż lekarze dentyści.

Jak pokazał ranking, nie chodzi jedynie o „dolary”. Równie ważne są inne kryteria dające spełnienie w pracy. O czołowej pozycji i atrakcyjności zawodu decydowały: ogólna ocena środowiska pracy, szansa zatrudnienia (pewność pracy po studiach), możliwość rozwoju zawodowego, nieźle zarobki, jak również – bardzo podkreślane – poczucie bezpieczeństwa i możliwość pogodzenia pracy z życiem rodzinnym.

Ranking U.S. News odnosi się oczywiście do amerykańskiego rynku pracy, ale można się spodziewać, że podobne tendencje przeniosą się w niedalekiej przyszłości na rynek europejski, również do Polski. Świadomość zdrowotna, a co za tym idzie – skłonność do przeznaczania części dochodów na leczenie stomatologiczne wyraźnie wzrasta. Jest wiele dobrze i pięknie wyposażonych gabinetów, a w nich zaangażowani profesjonalści. Prognozuje się, że w najbliższych latach potrzeby lecznicze w zakresie stomatologii będą rosły, szczególnie przy wydłużającej się średniej długości życia, poprawiającej się sytuacji bytowej oraz rosnącej wiedzy o możliwościach zwiększających się wraz z rozwojem metod terapeutycznych.

Rynek stomatologiczny w całej Europie, a także w Polsce, dynamicznie się rozwija. Raport „Stan zdrowia jamy ustnej w Europie” opublikowany w 2012 r. wylicza: 27 państw UE wydaje na wszystkie aspekty związane z leczeniem stomatologicznym blisko 79 mld euro. Przy utrzymaniu istniejącej tendencji liczba ta może wzrosnąć do 93 mld euro w 2020 r.

W Polsce kierunki medyczne są od lat oblegane przez najlepszych absolwentów liceów. A co potem? Czy jest czas na radość i satysfakcję? Myślę, że tak. Pomimo chaosu organizacyjnego w ochronie zdrowia, niedostatku środków publicznych, wiszącego nad głowami kryzysu ekonomicznego, biurokracji, roszczeń pacjentów, nagonki mediów – również w Polsce dobrze jest być stomatologiem. Istnieje naprawdę wiele powodów, by czuć dumę z wykonywania zawodu lekarza dentysty. Przecież amerykańscy koledzy także są pod ostrzałem roszczeń, a groźba odszkodowań wisi nad każdym ruchem ręki zabiegowca. Nigdzie nie jest tylko dobrze i pięknie. W każdym kraju wykonywanie tego zawodu ma swoje wady i zalety. Przy wszystkich staraniach o polepszenie warunków pracy polskich stomatologów przyda się więc uzasadniony optymizm i przekonanie, że wykonujemy zawód z misją. Niekiedy ciężki, ale potrzebny, ceniony i piękny. ■

* Ranking „Best Jobs of 2013”, portal U.S. News & World Report.

Mniej narzekania, więcej działania!

Z Leszkiem Balcerowiczem, wicepremierem i ministrem finansów (1989–1991; 1991; 1997–2000), prezesem Narodowego Banku Polskiego (2001–2007), doktorem habilitowanym nauk ekonomicznych SGH w Warszawie, rozmawiają Ryszard Golański i Marta Jakubiak.

Jednym z ważnych mechanizmów przekształceń w Polsce po 1989 r. była prywatyzacja. Ochronę zdrowia ten proces ominął. Rozumiemy, że była to świadoma decyzja rządu. Jak pan profesor ocenia ją z perspektywy 20 lat?

W 1989 r. sytuacja była tak dramatyczna, a front robót tak szeroki, że w obszernym programie wyprowadzenia Polski z katastrofy gospodarczej nie mieściły się niestety głębsze zmiany, jeśli chodzi o tzw. służbę zdrowia, a może lepiej byłoby powiedzieć: usługi zdrowotne. Na stanowisku ministra zdrowia nie było chyba też osoby, która wzięłaby na siebie odpowiedzialność za wprowadzenie głębszych zmian. Zmiany rozpoczęły się więc z opóźnieniem. Istniały pewne obszary sektora usług zdrowotnych, które były przede wszystkim prywatne, jak np. usługi dentystyczne, i rozwijały się inne dziedziny prywatnego świadczenia usług zdrowotnych. Nie przeczę, że lepiej byłoby rozpocząć zmiany w sektorze oświaty i usług zdrowotnych wcześniej, choć nie wiem, czy byłyby one wówczas możliwe. I nie oznaczałyby one więcej pieniędzy.

Kiedy w 1997 r. po raz trzeci objąłem stanowisko wicepremiera i ministra finansów, zastanawiałem się, w którym sektorze jest pole do poprawy efektywności bez szkody dla klientów – był to m.in. sektor zdrowia. Myślę, że do dziś wiele się nie zmieniło. Moje doświadczenia zarówno jako badacza, jak i byłego ministra finansów pokazują, że im więcej krzyczy się o braku pieniędzy, tym zwykle więcej jest marnotrawstwa. Ponieważ liczyliśmy się z krytykami i atakami takiej tezy, przygotowaliśmy czarną księgę marnotrawstwa w sektorze zdrowia.

Czy to było przyczyną zmniejszenia składki na ubezpieczenie zdrowotne w chwili wprowadzania kas chorych z 11 proc. do 7,5 proc.?

Proszę nie mylić teatru politycznego z decyzjami. Nikt nikomu nie dawał 11 proc., tylko obiecywał. Obiecanki cacanki to nie są konkretne decyzje. Nawet dorośli lubią wierzyć w bajki. Grecy wierzyli w Świętego Mikołaja o nazwie „politycy” i dlatego dorobili się krachu. Na mitach nie zbuduje się dobrej przyszłości. Nawet w Grecji, w Polsce też nie.

Wiele osób wyobraża sobie, że jest jeden wielki kociół o nazwie „państwo” i władza, która nie chce dać pieniędzy, pojawiają się roszczeniowe naciski. Poszczególne grupy zawodowe – lekarze, nauczyciele, pielęgniarki, naukowcy itp. – zwykle patrzą na swoje postulaty w oderwaniu od postulatów innych grup. I nie dziwię się, bowiem natura ludzka jest taka, że ludzie wolą dostać więcej pieniędzy niż mniej. Jednak z samego faktu, że ktoś bardziej naciska, nie wynika wcale, że ma więcej racji. Poza tym nie ma wcale jednego państwowego kotła, a są pieniądze innych ludzi, które państwo im zabiera (podatki). Do elementarza racjonalnego podejmowania wszelkich decyzji należy porównywanie tzw. kosztów alternatywnych. Nie wystarczy udowodnić, że jeśli z miliarda złotych przeznaczonych na cel A będą jakieś korzyści, to inwestycja będzie dobra i słuszną, bo przecież korzyści, jakie mogłoby się odnieść po przeznaczeniu tego miliarda na cel B, mogłyby okazać się dużo większe.

I jeszcze taka dygresja. Mówimy o „ubezpieczeniach zdrowotnych”. Słowo „ubezpieczenia” nie jest właściwe, choć w tym zwrocie zostało powszechnie przyjęte. Ubezpieczenia są przecież oparte na rachunku aktuarialnym, czyli powinny oceniać ryzyko zdrowotne i wyznaczyć staw-

ki proporcjonalne do ryzyka. Niektórzy powiedzą, że takie podejście jest nieludzkie. Ale przecież nasz stan zdrowia zależy bardzo często od stylu życia. Jeśli są osoby poszkodowane przez naturę, ich dodatkowe obciążenia ubezpieczeniowe można by niwelować poprzez dofinansowanie z instytucji pozarządowych albo rządowych. To, co nazywa się w Polsce ubezpieczeniami zdrowotnymi, to pewien wariant podatkowego finansowania służby zdrowia poprzez podatek mylnie nazywany „składką”. Jego wielkość nie ma nic wspólnego z ilością usług, które pacjent uzyskuje.

Wiele mówiono o nierównościach pomiędzy placówkami publicznymi i niepublicznymi. Właściciele prywatnych wskazywali na „łatwiejszy” dostęp tych publicznych do pieniędzy kas chorych, później NFZ oraz wsparcie z kasy samorządu terytorialnego. Teraz kierownicy lecznic publicznych zazdroszczą prywatnym, że mogą mieć pieniądze z NFZ i z prywatnej kieszeni pacjentów. Czy to zasadne zarzuty z punktu widzenia ekonomisty?

Jako analityk systemów patrzę na różne sektory nie z punktu widzenia ich specyfiki, lecz z punktu widzenia pewnych prawidłowości ogólnych, często ważniejszych niż specyfika. W każdej dziedzinie są: płacenie – z własnej kieszeni albo poprzez podatki; nie ma niczego bezpłatnie, oraz świadczenie usług. Nie znam badań, z których wynikałoby teza o przewadze w usługach zdrowotnych jednostek państwowych nad prywatnymi. Z kolei ceny usług kształtują się również na dwa sposoby: swobodnie lub są regulowane. Przy regulowanych zdarza się, że jeśli wyznaczy się je niewłaściwie, jedną procedurę bardziej opłaca się robić niż inną – w ten sposób powstają zaburzenia w strukturze oferowanych usług.

Niezwykle ciekawe jest, że na poziomie zasad mamy w Polsce różne traktowanie dwóch sektorów finansowanych przez podatki: służby zdrowia i szkolnictwa wyższego. W sektorze usług zdrowotnych (przynajmniej na poziomie zasad) uznaje się, że pieniądze publiczne powinny trafiać do najlepszych ofert, niezależnie od tego, czy są one przygotowywane przez prywatnych czy publicznych usługodawców. W szkolnictwie nadal preferencyjnie traktowany jest sektor publiczny, co jest przeżytkiem socjalizmu. Sektor zdrowia poszedł dalej niż szkolnictwo – konkuruje – przynajmniej na poziomie zasad – z sektorem prywatnym.

Lekarzy i dyrektorów placówek złości opinia, że w naszym systemie opieki zdrowotnej najważniejszym problemem nie jest zbyt mała ilość pieniędzy. Jeżeli w Polsce jest 700 szpitali, a 500 z nich jest zadłużonych – czy oznacza to, że ich dyrektorzy nie potrafią zarządzać? Z czego wynikają kłopoty finansowe w sektorze służby zdrowia?

Fakt, że część ludzi się złości, bo ma za mało pieniędzy, jest zjawiskiem dość powszechnym i nie stanowi merytorycznego argumentu, że rzeczywiście potrzebują ich więcej. Mam kontakty z dyrektorami szpitali. Od nich sporo się dowiaduję, np. o tym, że w porównywalnych warunkach można mieć wielką stratę albo zysk. Jeżeli tak jest, to znaczy, że decydują ludzie i ich decyzje, nieudolność zarządzania czy też utrzymywanie dyrektorów na zasadzie znajomości. Może za mocno się wierzy, że tylko lekarz może prowadzić szpital, podobnie jak wierzy się, że tylko rolnik

*Nawet dorośli
lubią wierzyć
w bajki.
Grecy wierzyli
w Świętego
Mikołaja
o nazwie
„politycy”
i dlatego dorobili
się krachu.
Na mitach
nie zbuduje
się dobrej
przyszłości.*

może być ministrem rolnictwa, a nauczyciel ministrem oświaty. To szkodliwy przesąd.

Jeżeli mamy sytuację powtarzającego się zadłużania określonych szpitali, to trzeba sprawdzić, skąd bierze się taka recydywa. Staramy się w Forum Obywatelskiego Rozwoju znaleźć dane na ten temat. To, że są notoryczni dłużnicy, jest świadectwem tolerowania patologii. Dlaczego tak jest? Znowu przywołam przykład Grecji: łatwo otrzymywała kredyty i wciąż się zadłużała, sądząc, że ktoś inny będzie płacił jej długi.

Kolejna rzecz to fakt, że prawdopodobnie część szpitali w Polsce jest niepotrzebna. Pamiętam z dawnych lat, że będąc w Układzie Warszawskim, specjalizowaliśmy się w budowie szpitali. Ponadto od samego początku lokalizacja i utrzymywanie szpitali było upolitycznione – każdy lokalny polityk bronił swojego szpitala dla korzyści populistycznych. Wiemy, że decyzje polityczne to często decyzje pod publiczkę. Obecne kłopoty w sektorze służby zdrowia to w dużej mierze efekt zaniechania głębszych reform, tolerowanie marnotrawstwa oraz ludzi nienadających się do prowadzenia szpitali. Znam sytuacje, kiedy tuż obok istniejącego szpitala budowano kolejny i tolerowano narastające długi.

Mało tego, niegospodarność zagraża nie tylko kondycji finansowej szpitali, ale także szkodzi zdrowiu pacjentów. Jeżeli bardzo drogie urządzenia diagnostyczne są zbyt mało wykorzystywane, to jest bez wątpienia marnowanie pieniędzy bez korzyści dla zdrowia. Ale może być jeszcze gorzej: kiedy słyszę, że ambicją różnych lokalnych jednostek jest posiadanie szpitala z własnym zespołem chirurgicznym, jestem zaniepokojony. Przecież chirurgia wymaga szczególnych umiejętności, nawet talentu. Jeżeli ludzie utalentowani są zbyt mało wykorzystywani, bo gdzieś operuje ktoś mniej utalentowany tylko dlatego, że wybudowano tam szpital, to konsekwencją może być wzrost zgonów. Niezdrowe ambicje, polityczne i osobiste, znajdują łatwe ujście, kiedy dostaje się łatwe pieniądze.

Naszym czytelnikom raczej nie spodobały się takie opinie...

A czy wśród lekarzy są sami nieudacznicy? Znam wielu świetnych specjalistów.

Część przyczyn zadłużania się szpitali ewidentnie leży po stronie sposobu finansowania niektórych procedur, czego dramatycznym przykładem są szpitalne oddziały ratunkowe. Dyrektorzy likwidują je, bo przynoszą straty.

To jest nieco inny wątek, dotyczący wyznaczania relacji pomiędzy cenami administracyjnymi, co może powodować, że wykonywanie jednej procedury opłaca się bardziej, innej mniej. O tym już mówiłem. Na wolnym rynku nie ma tego problemu, gdyż reaguje on szybko i elastycznie, czyli równoważy. Gdyby po uwolnieniu cen okazało się, że rośnie popyt na niektóre usługi – ich ceny wzrosłyby, a w ślad za tym i podaż, wyrównując dysproporcje. Jeżeli jednak ceny wyznacza władza polityczno-administracyjna, działająca zwykle pod rozmaitymi naciskami, osiągnięcie takiego dostosowania jest dużo trudniejsze, nie wiem, czy w ogóle możliwe.

W całej Polsce szpitalne oddziały ratunkowe oraz oddziały intensywnej terapii przynoszą straty...

To jest część szerszego problemu. We wszystkich dziedzi-

nach gospodarki funkcjonuje jakiś model. Każdy z nich ma swoje słabości. Podam przykład: jeżeli mamy sztywne ceny, dostosowania będą powolne. W modelu administracyjnym pojawiają się różne sztywności. Będą dysproporcje i kolejki. Możemy ten model poprawiać, ale nie przeskoczmy jego istoty. Ludzie często nie zdają sobie sprawy, że narzekają na konsekwencje modelu, który sami popierają, że ma być np. darmowe, czyli finansowane przez podatki, a zatem z wyłączeniem lub ograniczeniem roli rynku.

Jeżeli chcemy zasadniczo zredukować słabości, o których mówimy, powinniśmy przejść do innego modelu, np. większej prywatnej odpłatności przez ubezpieczenia zdrowotne oparte na rachunku aktuarialnym. To tematy trudne, dlatego zwykle ich się unika, zastępując jałowymi rozmowami, jak z żyrafy zrobić lwa.

Polscy pacjenci i lekarze wzięli duże nadzieje z wprowadzeniem systemu ubezpieczeniowego finansowania opieki zdrowotnej. Jednych i drugich spotkało bolesne rozczarowanie. Czy przyczyny takiego stanu rzeczy można upatrywać w tym, że zamiast skorzystać ze sprawdzonych wzorów zachodnich, mieliśmy ambicję stworzyć coś nowego, oryginalnego?

Odczucia nie zastępują analiz. To, że ludzie rozczarowują się po okresie iluzji, jest rzeczą naturalną. Patrząc w kategoriach modeli, uważam, że przejście od tradycyjnego modelu podatkowego, gdzie finansowało się szpitale zależnie od ilości łóżek, do modelu, w którym przynajmniej jest szansa, że rozpatrywana będzie alternatywna oferta, stanowi postęp. Gdybyśmy pozostali przy poprzednim stanie rzeczy, byłoby tradycyjnie: wedle układu i przeszłości. Popatrzmy na podstawową opiekę lekarską – właściwie jest już prywatna. Moja rodzina z takiej opieki korzysta i nie słyszę większych narzekania na tę formę świadczeń. Największe narzekania dotyczą tej części usług medycznych, gdzie trafia najwięcej pieniędzy, czyli szpitali. Na podstawie rozmów z dobrymi dyrektorami szpitali odnoszę wrażenie, że podstawowym problemem jest złe wydatkowanie pieniędzy. Dobrymi dyrektorami, czyli ludźmi, którzy przyszli do systematycznie zadłużających się szpitali i po pewnym czasie ich zarządzania zniknęły długi, a pojawiły się zyski.

Czy ma pan profesor wśród członków rodziny lub przyjaciół lekarzy? Czy dzieli się z panem swoimi opiniami i uwagami dotyczącymi obecnej sytuacji w medycynie?

Niemal połowa mojej rodziny to lekarze, ale staramy się w gronie rodzinnym nie rozmawiać o pracy. Czasem jednak słyszę od nich, i nie tylko od nich, porażające rzeczy o niegospodarności w sektorze zdrowotnym... I najczęściej dotyczy ona szpitali.

Nie chodzi o marnotrawstwo fizycznie widoczne, np. to, że mokną worki cementu, ale znacznie gorsze, jak np. przeznaczanie miliardów złotych na cel, który przynosi mniej korzyści, niż mogłyby przynieść inne cele. Mówię o marnotrawstwie decyzyjnym.

Gdzie jest go najwięcej?

Tam, gdzie są łatwe pieniądze uzyskiwane poprzez zaciąganie długów, co w ekonomii jest określane jako „miękkie ograniczenie finansowe”.

Niemal połowa mojej rodziny to lekarze, ale staramy się w gronie rodzinnym nie rozmawiać o pracy.

Po drugie, co się wiąże z tym pierwszym, wtedy gdy decyzje są upolitycznione, a jak wiadomo, politycy zabiegają o popularność, np. na zasadzie: chcę pokazać wyborcom, że my też wybudujemy szpital, niezależnie od tego, czy jest on potrzebny czy nie. To dotyczy nie tylko szpitali. Znam miasta, a dużo po Polsce jeżdżę, gdzie są wybudowane filharmonie, do których nie ma kto chodzić.

Prowadzona jest obecnie akcja: „Bądź mężczyzną – chroń zdrowie”. Pan profesor jest znany ze swojej aktywności fizycznej, w jaki jeszcze sposób dba pan o swoją kondycję?

Jeśli pracuje się bardzo intensywnie, zwłaszcza na stanowisku decyzyjnym, pojawia się problem stresu i rozładowania go. Dla mnie bardzo ważny był i jest fizyczny ruch. W czasach, kiedy byłem wicepremierem i ministrem finansów, miałem dwa gabinety: jeden był na Świętokrzyskiej, drugi w Al. Ujazdowskich. Z jednego do drugiego przemieszczałem się pieszo. Na spacer zabierałem współpracowników, by po drodze podyskutować. Zwykle mierzyliśmy czas, żeby sprawdzić, jaki jest rekord trasy. Z gabinetu przy Al. Ujazdowskich często chodziliśmy do parku, by tam dokończyć dyskusję. Nigdy nie siedziałem przy biurku dłużej niż godzinę. To ja donosiłem papiery sekretarce i nie wzywałem jej do siebie. Niby drobiazg, a jednak ruch. Nie potrafiłbym dobrze znosić stresu bez dużej dawki aktywności fizycznej.

Do niedawna biegałem, ale zdecydowanie nikomu nie polecam szkodliwych dla zdrowia maratonów. Przed laty zdobyłem mistrzostwo Polski juniorów w biegach przełajowych, więc swoje ambicje w sporcie wyczynowym zaspokoilem, dlatego już nie muszę uprawiać maratonów, ale truchcik owszem – jest bardzo przyjemny. Jeszcze przyjemniejsza jest jazda na rowerze. I bardzo dobrze robi chodzenie po schodach.

Ważnym elementem demokratycznego państwa są organizacje społeczne, w medycynie powinny to być m.in. organizacje pacjentów. Dlaczego w Polsce są tak nieliczne i najczęściej niewiele znaczą?

Z prostego powodu – tworzone są oddolnie i nie ma przymusu przynależenia do nich, czego broń Boże nie zalecam. Aby zorganizować coś, co nie narzuca się siłą oczywistości, trzeba poświęcić dużo swojego czasu bez gwarancji odniesienia sukcesu. Jest stosunkowo niewielu ludzi, którzy są gotowi to zrobić. Może to paradoks, ale empirycznie zostało potwierdzone, że im większe jest grono beneficjentów jakiegoś zbiorowego działania, tym mniejsze bodźce ma każda z osób, żeby się zaangażować, bo korzyści są zwykle rozproszone. W małych grupach, których członkowie bronią dużych przywilejów, działają silne bodźce. Małe grupy mogą być bardziej agresywne i bardziej skuteczne. Popatrzmy chociażby na grupę podatników – wszyscy jesteśmy podatnikami i większość z nas uważa, że podatki są za wysokie, co zresztą jest prawdą, a przecież tak trudno zorganizować podatników, by skutecznie żądać obniżenia podatków.

Cenię inicjatywy i działania oddolne. Od kiedy zakończyła się moja długa służba publiczna, staram się działać w społeczeństwie obywatelskim. W 2007 r. założyłem fundację Forum Obywatelskiego Rozwoju. Tworzymy grupy eksperckie dla ważnych sektorów. Jesteśmy w trakcie or-

ganizowania reformatorskiego forum również w dziedzinie ochrony zdrowia. Wyznaję zasadę: mniej narzekania, więcej działania. Tylko w ten sposób można coś zmienić na lepsze. Nikomu nie dano dobrobytu na tacy również w demokracji. Władza, demokratyczna także, podlega naciskom, włącznie z presją tego typu: „nic nie rób, nie zmieniaj, bo naruszysz czyjeś interesy!”. Jeśli takie grupy nacisku dominują, każda władza się ugnie i nie będzie przeprowadzała reform niezbędnych dla poprawy warunków życia milionów ludzi. Skuteczna przeciwwaga to tworzenie organizacji, które domagają się większej wolności, ale też odpowiedzialności za to, co się robi. Jeżeli obywatelska przeciwwaga jest słaba, ustawa przechodzi, nawet jeśli jest zła i szkodliwa. Nie powinniśmy pozostawać bierni.

Kwestie te poruszam w wydanej niedawno książce „Odkrywając wolność. Przeciw zniewoleniu umysłów”. Jest to zbiór najlepszych esejów o państwie, wolności, własności itp. Gorąco polecam tę lekturę. To podręcznik dla każdego rozumnego obywatela.

Czy uczestnictwo w wyborach również można uznać za pozytywną aktywność obywatelską?

Aktywność obywatelska w demokracji może zamierać pomiędzy wyborami, pójście do wyborów to niezbędne minimum.

Pieniądze w służbie zdrowia zależą od gospodarki, a polska gospodarka spowalnia. Czy to duże zagrożenie?

W tym roku to nieuchronne, taka jest zresztą sytuacja na świecie, spowalnia również np. gospodarka niemiecka. Wskaźnik naszego wzrostu gospodarczego podbiło m.in. wybudowanie kilku stadionów na Euro. To się jednak skończyło. Wykorzystaliśmy też większość środków z Unii Europejskiej. Daleko większym problemem jest to, że bez reform poprawiających warunki działania przedsiębiorczości polska gospodarka będzie spowalniać systematycznie. Nie będzie się rozwijać w tempie 4 proc., jak to było w ciągu ostatnich 20 lat, a to z kolei oznacza, że nasze doganianie bogatszego świata stanie się o wiele wolniejsze, a może nawet wyhamuje. Mamy historyczną misję, żeby wychodzić z zacofania gospodarczego wobec Zachodu, które rozpoczęło się 300 lat temu i pogłębiło się pod socjalizmem po II wojnie światowej. Dopiero po 1989 r. zaczęliśmy nadrabiać. Jesteśmy jednak starzejącym się społeczeństwem. Od kilku lat coraz wolniej rośnie tzw. łączna efektywność, z jaką wykorzystujemy zasoby pracy i kapitału. Jeśli nie zostaną przeprowadzone szerzej zakrojone reformy, to będziemy rozwijać się coraz wolniej. Staram się o tym mówić tak często, jak to tylko możliwe, żeby mobilizować ludzi, by domagali się reform. Za mało naciskamy. Trzeba się lepiej zorganizować. Bez nacisków żaden polityk nie robi zmian, bo jest naciskany z drugiej strony.

W co w tych czasach inwestować?

Finansami domowymi zajmuje się żona, ale ona nie prowadzi profesjonalnej działalności doradczej. [śmiech]

Czy wróci pan profesor do polityki?

Ala przecież jestem w polityce – tylko obywatelskiej. Bycie w polityce dla samej polityki mnie nie interesuje. ■

Do niedawna biegałem, ale zdecydowanie nikomu nie polecam szkodliwych dla zdrowia maratonów. Przed laty zdobyłem mistrzostwo Polski juniorów w biegach przełajowych, więc swoje ambicje w sporcie wyczynowym zaspokoilem.

Bez ścigania się i zbędnego rozgłosu

Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie

Po reaktywacji samorządu lekarskiego, lekarze zamieszkujący dawne województwo koszalińskie przez rok byli przypisani do Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie jako delegatura. Nie czuli się jednak najlepiej w tej roli. Odłączyli się więc i uważają, że to była dobra decyzja.

Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie obejmuje swoim zasięgiem województwo koszalińskie sprzed reformy administracyjnej z powiatami kołobrzeskim, drawsko-pomorskim, sławieńskim, białogardzkim. Do tego obszaru należą także powiaty: Szczecinek i Wałcz. Tutejsi lekarze w większości stanowią drugie i trzecie pokolenie ludności napływowej (po II wojnie światowej przybyli z różnych regionów Polski lub zostali przesiedleni ze Wschodu). Jednym z tych, którzy osiedlili się tu w pierwszym pokoleniu, jest doktor Janusz Karaśkiewicz, dziś 92-letni członek OIL w Koszalinie, w latach 90. jeden z twórców samorządu lekarskiego. Z jego inicjatywy i grupy lekarzy skupionych wokół jego osoby uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej z 8 grudnia 1990 r. powołano Okręgową Izbę Lekarską w Koszalinie. Uchwała weszła w życie 1 stycznia 1991 r. i tę datę uznaje się za początek istnienia izby. Skromne biuro mieściło się w dwóch pokojach usytuowanych w gmachu ówczesnego Urzędu Wojewódzkiego, nie było warunków, aby działać, ale był zapal. Dla tej grupy zapaleńców możliwość zorganizowania własnej izby była siłą napędową do działania. Prezes OIL w Koszalinie Roman Łabędź mówi, że w dążeniach

do odłączenia się od Szczecina nie chodziło o odcięcie się od tamtejszej społeczności lekarskiej (kontakty z OIL w Szczecinie są przyjacielskie), ile o skrócenie drogi lekarza do swojej izby zarówno, jeśli chodzi o odległość, jak i w znaczeniu mentalnym. Koszalin jest położony 170 km od Szczecina i 200 km od Gdańska. Aby tam pojechać i wrócić, potrzeba kilku godzin. Dzięki utworzeniu własnej izby udało się pokonać dystans związany z odległością i mentalnością. Prezes Łabędź zaznacza, że tu każdy zna każdego, a o wielu sprawach rozmawia się w przychodniach, w oddziałach, stołówce szpitalnej, nie trzeba umawiać się na spotkanie z prezesem czy jego wiceprezesami w ich gabinetach, oni są zawsze dostępni. To ułatwia przepływ informacji, to także integruje lekarską społeczność i pozwala z bliska przyjrzeć się jej problemom. – Chcemy się znać osobiście i być dla siebie bardziej kolegami niż prezesami, członkami Prezydium czy Rady, profesorami – tłumaczy Roman Łabędź. – Dla lekarza z małego powiatowego miasteczka czy z wiejskiego ośrodka zdrowia profesor akademicki zawsze będzie bardziej nauczycielem, mentorem niż kolegą – dodaje prezes.

**Lucyna
Krysiak**

*Dzięki
utworzeniu
własnej izby
udało się
pokonać
dystans
związany
z odległością
i mental-
nością.*



W malinowym chruśniaku

OIL w Koszalinie liczy 1700 członków, w tym 500 lekarzy dentystów. Zalicza się do tych mniejszych liczebnie izb, ale nie najmniejszych. Pierwszym prezesem był Marek Janus, po nim nastali: Lech Wróblewski i Leszek Kosiński, a obecnie już drugą kadencję funkcję tę pełni Roman Łabędź. Dumą izby jest własna siedziba, którą wybudowano na osiedlu domków jednorodzinnych przy ul. Orzechowej 40. Każdy z tych domków ma ogród, żywopłot, w sezonie można tam zobaczyć owocujące porzeczki, maliny. Jest tam spokój i sennie, przez co wydaje się, że życie płynie tu wolniej. Siedziba izby to willa mieszkalna, jest wkomponowana w ten klimat, ale jest przestronna i dostosowana do potrzeb samorządu lekarskiego. Budynek był budowany od podstaw, posiada część konferencyjną, pomieszczenia biurowe oraz pomieszczenia, gdzie znajduje się archiwum. Zadbano też o parking. To przyjazne miejsce, do którego koszalińscy lekarze lubią przychodzić. Panujący tu spokój przekłada się na styl prowadzenia działalności samorządowej. Lekarze bardzo to sobie cenią, nie lubią konfliktów, ścigania się, zbędnego rozgłosu. Uważają, że rozważą i systematycznością można więcej osiągnąć. Statutowe zadania lub zalecenia Naczelnej Rady Lekarskiej realizują więc z marszu, w naturalny sposób i są w tym niezrównani. Pięciokrotnie zajmowali I miejsce w skali kraju w konkursie na najlepiej prowadzony rejestr lekarzy, a kilkakrotnie plasowali się w ścisłej czołówce. – Zależy nam, aby nasze obowiązki statutowe realizować na równym poziomie, bo to przekłada się na stopień zadowolenia lekarzy z naszych usług jako izby – tłumaczy prezes Łabędź.

Aktywnie działa tu także Koło Lekarzy Seniorów. – Przychodzą do izby od tak, aby zobaczyć, co słychać, spotkać się, porozmawiać – opowiada prezes Łabędź. Co roku izba przeznaczą na pomoc socjalną 100 tys. zł. Dla dużych izb to niewielka kwota, dla małych znacząca. Pomoc słabszym to priorytet i zatwierdzanie budżetu na ten cel nigdy wśród członków Rady nie budziło kontrowersji. OIL w Koszalinie prowadzi też działalność gospodarczą. Sprzedaż materiałów medycznych odbywa się wprawdzie z minimalną marżą, ale nie przynosi strat, lekarze mogą więc zaopatrywać się w materiały po korzystnych cenach. Wychodząc z założenia, że dziś za plecami lekarza musi stać prawnik, izba organizuje też dla

całego środowiska doroczne szkolenia poświęcone prawu w medycynie. Ukochany sport lekarzy z OIL w Koszalinie to żeglarskie, chociaż organizowane są także zawody w innych dyscyplinach sportu, np. w strzelaniu z broni krótkiej.

Żyje się tu skromnie

Mieszkańcy dawnego województwa koszalińskiego żyją skromnie. W lecie zarabiają na wczasowiczach i kuracuszach z sanatoriów, którzy chętnie przyjeżdżają do Kołobrzegu, Mielna. Położenie nad jeziorem Jamno dodaje Koszalinowi kolorytu i podnosi jego walory turystyczne. Zresztą całe zachodniopomorskie jest w lecie atrakcją turystyczną. Jednak wraz z nastaniem jesieni zaczyna się tu martwy sezon. W dużych aglomeracjach, gdzie pacjenci są zamożniejsi, także lekarzom żyje się lepiej. Wprawdzie w Koszalinie nie ma wśród nich bezrobocia, ich wynagrodzenia nie są satysfakcjonujące. Dobrze rokuje fakt, że w ostatnich pięciu latach notuje się wzrost zamożności lekarzy z tego regionu, ale do wynagrodzeń ich kolegów z centralnej Polski sporo im brakuje. Zdecydowana większość jest zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych i są w tym pionierami. Jako pierwsi w Polsce podjęli to wyzwanie i zdecydowali się na taką formę zatrudnienia, nie wiedząc, czy wyjdzie im to na dobre. W Koszalinie jest szpital wojewódzki, szpital MSW i szpital prywatny – są to główne miejsca pracy lekarzy. Na drugim miejscu jest sektor podstawowej opieki zdrowotnej (całkowicie sprywatyzowany) oraz specjalistyczna ambulatoryjna (sprywatyzowana w znaczącej części). Wszędzie dominuje praca na kontraktach. Na umowy o pracę przeważnie zatrudnia się tylko młodych lekarzy specjalizujących się. Samorząd lekarski dba o poziom ich kwalifikacji. – Niedouczony lekarz to problem, z którym prędzej czy później będzie musiał się zmierzyć, dlatego jak wszystkie izby duży nacisk kładziemy na szkolenia, podnoszenie kwalifikacji zawodowych – tłumaczy Roman Łabędź. Uważa, że do podnoszenia kwalifikacji i specjalizowania się należy w różny sposób motywować, choćby poprzez wynagrodzenia. Samorząd swoich działaczy motywuje poprzez nadawanie najlepszym z najlepszych Złotych Odznaczeń Izby Lekarskiej. Na pytanie o przyszłość samorządu lekarskiego prezes Łabędź odpowiada, że jest spokojny. Uważa, że w państwie demokratycznym organizacje pozarządowe są jego nieodzownym elementem,

*OIL
w Koszalinie
liczy 1700
członków, w tym
500 lekarzy
dentystów.
Zalicza się do
tych mniejszych
liczebnie
izb, ale nie
najmniejszych.*

Warto wiedzieć

Metryka Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie

Terytorium: województwo zachodniopomorskie (teren dawnego woj. koszalińskiego)

Adres siedziby: ul. Orzechowa 40, 75-667 Koszalin

Kontakt: tel. 943467360, faks 943467363

e-mail: biuro@oil.koszalin.pl, koszalin@hipokrates.org

Strona internetowa: www.oil.koszalin.pl

Liczba członków: 1739, w tym 1298 lekarzy i 440 lekarzy dentystów

Liczba delegatów na zjazd: 82

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 21

Prezes: Roman Łabędź

Wiceprezesi: Jarosław Kozaczyński, Andrzej Loranc

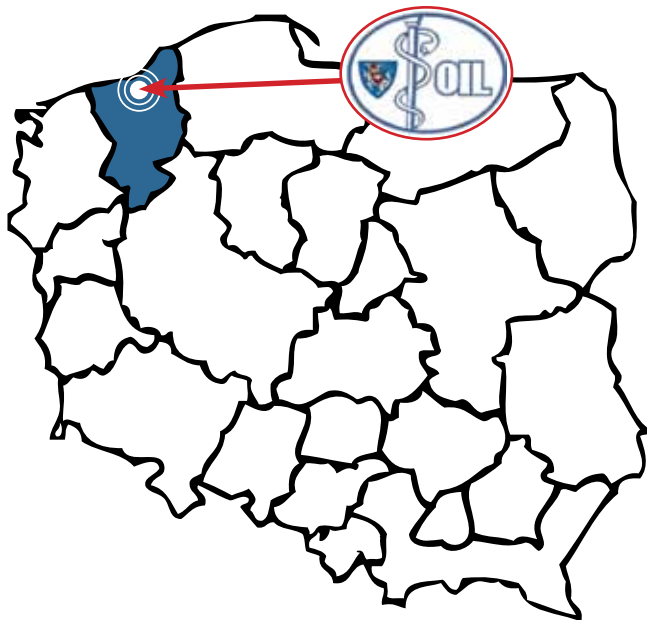
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Tomasz Marszałek

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Krzysztof Głuszek

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Jerzy Hojdyś

Liczba pracowników etatowych: 3 osoby na cały etat, 2 osoby na pół etatu

Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenia: 1



ale w samorządzie lekarskim dobrze byłoby widzieć więcej nowych twarzy. – Jestem wielkim zwolennikiem demokracji obywatelskiej i dlatego działam w izbie – mówi. Jego zdaniem jest to narzędzie obrony interesów środowiska, ale też jego samoocyszczania.

Jesteśmy jedną rodziną

Od początku reaktywowania samorządu lekarskiego w OIL w Koszalinie do dobrego obyczaju należało, że jeśli prezesem był lekarz, na jego zastępcę wybierano lekarza dentystę. Nigdy też nie było podziału w Radzie na lekarzy i lekarzy dentystów, od początku jako samorząd stanowili oni całość. Jarosław Kozaczyński, wiceprezes OIL w Koszalinie, lekarz stomatolog, podkreśla, że nie pamięta, aby dochodziło do jakichkolwiek dysonansów i nie wyobraża sobie, że lekarze i lekarze dentyści mogliby tworzyć odrębne izby, o czym czasem przebąkują niektórzy działacze. Podkreśla też bardzo dobrą współpracę z Koszalińskim Oddziałem PTS (informacje o działaniach izby są tam przekazywane na bieżąco przez sekretarza OIL w Koszalinie Konrada Gordona). Redaktorem naczelnym biuletynu także jest stomatolog Mieczysław Bogobowicz. Jarosław Kozaczyński jest od początku w samorządzie i bardzo mu leży na sercu sprawa integracji środowiska. Można powiedzieć, że po reaktywacji jest z samorządem lekarskim od zawsze – jako członek Rady, Prezydium, Komisji Stomatologicznej NRL. – Nie tylko cho-

dzi o współpracę, zrozumienie, ale o wzajemne wspieranie się w poczynaniach samorządu, chodzi o to, aby mówić jednym głosem – tłumaczy Jarosław Kozaczyński. Dodaje, że nowoczesna stomatologia coraz bardziej zazębia się z wieloma dziedzinami takimi jak interna, kardiologia, diabetologia, onkologia, staje się więc interdyscyplinarna. Stomatolog jest także lekarzem pierwszego kontaktu, ponieważ na podstawie zmian w jamie ustnej, tak jak lekarz rodzinny czy internista, ma możliwość rozpoznania we wstępnej fazie wielu chorób. Bolączki? Od dawna najbardziej bolą ograniczone możliwości specjalizowania się. – Za nieboszczki komuny w Koszalinie była wojewódzka przychodnia stomatologiczna, gdzie lekarze dentyści mogli się specjalizować. Obecnie w miejscowościach, gdzie nie ma Instytutu Stomatologii, a Koszalin się do takich zalicza, specjalizacja wiąże się z kosztami, z wyjazdem do innego miasta, w tym wypadku do Szczecina. Jest to wyprawa poza dom, rodzinę, środowisko, wymagająca wielu wyrzeczeń – mówi. Jarosław Kozaczyński uważa, że dla lekarzy dentystów z OIL w Koszalinie jedynym rozwiązaniem tego problemu jest przyznanie akredytacji dla przynajmniej kilkunastu prywatnych ośrodków działających na tym terenie, uprawniających do prowadzenia specjalizacji. O tym, jak pilna jest taka potrzeba, świadczy fakt, że tutaj średnia wieku specjalistów stomatologów to 50, 60 lat. Dostęp do specjalisty stomatologa jest więc utrudniony, a istnieje obawa, że będzie jeszcze gorzej. ■

Od początku reaktywowania samorządu lekarskiego w OIL w Koszalinie do dobrego obyczaju należało, że jeśli prezesem był lekarz, na jego zastępcę wybierano lekarza dentystę.



Jolanta
Małmyga

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Samowstręt – choroba rządzących

Gdyby ludzie byli zdolni do krytykowania siebie samych, tak jak krytykują bliźnich, pojawiłaby się na świecie nowa choroba, która zwałaby się samowstręt.

Henryk Sienkiewicz

Od czasów Sienkiewicza dzielą nas wieki i myślę, że zaobserwowana przez niego choroba doczekała się już stadium, w którym należałoby wpisać ją na listę chorób przewlekłych i stale się rozszerzających, z tendencją do złośliwienia. I zapewne niebawem przyjdzie nam borykać się jak nie z epidemią, to przynajmniej z pandemią dotyczącą ludzi przebywających w kręgach przedstawicieli władzy. Być może już należałoby rozpocząć badania nad znalezieniem w miarę skutecznej szczepionki na samowstręt.

Z mojego punktu widzenia rozprzestrzenianie się choroby w ostatnich latach przyspieszyło i zaczyna zataczać – na szczęście jeszcze wolno – coraz większe kręgi. Krytykanctwo dopada właściwie każdego rodaka. To już chyba nasz narodowy syndrom, bo my, Polacy, uwielbiamy krytykować innych. Powszechnie wiadomo, że jesteśmy narodem prawników oraz lekarzy, znamy się na wielu rzeczach i zawsze wiemy lepiej, jak należałoby postąpić, jak rządzić i sądzić. Nawet mnie to nie dziwi, skoro na każdym kroku spotykamy się z niemalże całkowitym negowaniem decyzji i opinii, jeżeli nie są one naszymi własnymi; nawet jeśli wcześniej sami takowe wygłaszaliśmy. Oto przykład z górnej półki, czyli ze szczytów władzy: ostatnie wydarzenia sędowo-medialne w sprawie oskarżeń nie tylko znanego kardiochirurga, ale również innych lekarzy, ponoć zamieszanych w afery korupcyjne, świadczą o tym dobitnie, jak pokazowe aresztowania i wyprowadzanie w kajdankach, oczywiście natychmiast mocno nagłaśniane przez wszystkie media, które wydają wyroki na zatrzymanych, zanim jeszcze ktokolwiek udowodni im winę i ich osądzi.

Nikt z nas nie popiera korupcji i łapownictwa, ale wyprowadzanie lekarzy w kajdankach ze szpitali było niczym nieuzasadnioną pokazówką, podyktowaną chyba jedynie chęcią osiągnięcia korzyści politycznych.

Najgłośniej krzyczeli politycy dzierżący ster władzy, pragnąc pokazać własną aktywność i nieomył-

ność w tworzeniu zawsze nowych zasad prawa. Po zmianie obsady przy sterach, ci sami sprawiedliwi natychmiast zmienili się w oburzonych krytyków swoich kolegów po fachu, zarzucając im brak kompetencji i nieznajomość zasad postępowania. Pewnie, że prościej jest krytykować i podważać decyzje bliźnich, niż przyznać się do własnych błędów czy pochopnych oskarżeń. Trudno jest ponosić odpowiedzialność za wypowiedzane słowa, więc lepiej zmienić kierunek ataku i wycelować go na tego, który ośmielił się wyrokować, zapewne sprawiedliwie, ale nie po myśli wcześniejszych oskarżycieli.

Historia lubi się powtarzać, a fortuna kołem się toczy. Skażenie krytykanctwem – wolę myśleć, że bakterią, a nie wirusem (jako bardziej nieprzewidywalnym) – dotknęło również niektórych przedstawicieli naszego zawodu i samorządu. Sytuacja zaczyna się robić naprawdę groźna. Przecież to my, lekarze, winniśmy zapobiegać chorobom i radzić sobie z ich objawami, starać się w miarę możliwości je leczyć albo chociaż złagodzić ich ostry przebieg. Ważne jest szybkie rozpoznanie przyczyny choroby i jak najszybsze wdrożenie terapii, gdyż to ona zapobiega szerzeniu się epidemii. My, lekarze, wiemy o tym najlepiej, chociaż nie zawsze wszyscy zdajemy sobie sprawę z zagrożenia i niestety często się lekceważymy.

Właśnie teraz, w rozpoczynającej się kampanii wyborczej do samorządu lekarskiego, wypadałoby zalecić wszystkim wyborcom wnikliwe spojrzenie na propozycje startujących i to, co mają, poza krytyką, do zaoferowania na przyszłość, czy potrafią wskazać drogę i sposoby rozwiązywania problemów. Jak nie dopuścić do szerzenia się krytykanctwa, a zachęcić coraz większe rzesze lekarzy do aktywnego działania na rzecz dbałości o dobre imię ciężko i z oddaniem pracujących lekarzy? Może wykażemy się, jak proponuje Henryk Sienkiewicz, zdolnością oceny swoich motywacji i postępowania, żebyśmy w przyszłości nie musieli cierpieć na samowstręt. ■

*Nie powinieneś
się mądrzyć,
jeśli nie
chcesz się
wygłupić.*

Tadeusz
Kotarbiński

Legionella

Czy lekarz może mieć wpływ na bezpieczeństwo systemu wodnego unitów dentystycznych?

W każdym systemie wodnym naturalnym i sztucznym znajdujemy ogromną ilość mikroorganizmów. Na szczególną uwagę zasługują bakterie z rodzaju *Legionella* obecne powszechnie w wodzie wodociągowej, urządzeniach klimatyzacyjnych, nawilżaczach powietrza, prysznicach, fontannach i innych urządzeniach, które wytwarzają mgłę wodną. Bakterie takie znajdujemy między innymi w turbinach unitów dentystycznych. Ze względu na możliwość zakażenia, obecność pałeczek *Legionella* w wodzie unitu jest wysoce niekorzystna z punktu widzenia zdrowia pacjentów, jak i zespołu stomatologicznego.

28 września 2012 r. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku odbyło się spotkanie Grupy Roboczej ds. Kontroli Infekcji i Gospodarowania Odpadami Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED), w całości poświęcone temu tematowi.

Zapisy prawne

W krajach UE w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia obowiązuje Dyrektywa Rady 98/83/WE z 3 listopada 1998 r., wprowadzająca obowiązek badań wody w kierunku wykrywania *Legionelli* w budynkach użyteczności publicznej, szczególnie w szpitalach i placówkach służby zdrowia.

W Polsce w tej sprawie obowiązują następujące akty prawne: Ustawa z 7 czerwca 2001 r. Dz.U. z 2006 r. nr 123 poz. 858 z późn. zm., dotycząca zbiorowego zaopatrzenia w wodę przeznaczoną do spożycia przez ludzi oraz Rozporządzenie MZ z 29 marca 2007 r. Dz.U. nr 61 poz. 417 ze zm. z 20 kwietnia 2010 r. Rozporządzenie dotyczy limitów i sposobu kontroli bakterii *Legionella* w instalacjach ciepłej wody użytkowej w budynkach zamieszkania zbiorowego i zakładach opieki zdrowotnej.

Akty prawne dotyczące zakażeń *Legionellą* to Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz.U. z 2008 r. nr 234, poz. 1570.

Przepisy tej ustawy stosuje się do zakażeń i chorób wywołanych przez pałeczki *Legionella*, które są obowiązkowo zgłaszane od 1 stycznia 2002 r. na mocy ustawy o chorobach zakaźnych Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1384 oraz Rozporządzenia MZ w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych Dz.U. 2005 nr 54 poz. 484.

Bezpieczeństwo

Niezmiernie ważne jest prowadzenie działań mających na celu ograniczenie występowania pałeczek *Legionella*. Można to osiągnąć przez:

- stosowanie właściwych rozwiązań technicznych, które zapobiegają tworzeniu się zastoin wodnych w instalacjach;
- zapobieganie procesom korozji oraz tworzenia złożeń i osadów;
- odpowiednie dobranie materiałów oraz izolowanie instalacji wodnych w celu zapewnienia właściwych temperatur (wody zimnej <20°C, wody ciepłej >55°C);
- systematyczne przeprowadzanie zabiegów czyszczących i dezynfekcyjnych – instalacja powinna być odporna na temperatury 70-80°C (dezynfekcja termiczna).

Tworzeniu biofilmu w unitach dentystycznych sprzyjają:

- zastoje wody związane z rytmem pracy w ciągu dnia oraz przerwy w pracy nocą i w dni wolne;
- podwyższona temperatura wody we wnętrzu obudowy unitu;
- niska zawartość chlorków w zasobnikach unitów, gdzie woda destylowana niewłaściwie przechowywana może stać się siedliskiem *Legionelli*.

Zalecenia dotyczące postępowania z instalacją wodną unitów dentystycznych

1. Przewody wodne (bez końcówek) przed rozpoczęciem pracy powinny być płukane kilka minut, a końcówki uruchamiane ze sprayem przez minimum 20-30 s. przed użyciem u kolejnego pacjenta.
2. Zaleca się stosowanie zaworów retrakcyjnych i końcówek z automatycznym sprayem.
3. Woda wodociągowa zasilająca unit powinna być odpowiedniej jakości.
4. Należy używać zamkniętego systemu wodnego unitu.
5. Do procedur chirurgicznych powinno używać się tylko wody sterylnej.
6. Nie wolno podgrzewać wody w unicie.
7. Przewody powinny być płukane środkami dezynfekcyjnymi, które następnie należy dokładnie wypłukać.
8. Zaleca się opracowanie procedury postępowania z instalacją wodną unitu oraz przeszkolenie personelu w tym zakresie.

Podsumowując, należy stwierdzić, że ze względu na sprzyjające warunki do namnażania się bakterii z rodzaju *Legionella* w systemie wodnym unitu dentystycznego należy zadbać o właściwe postępowanie w celu wykluczenia ewentualnego ryzyka zakażenia. ■



**Anna
Śpialek**

**Lekarz dentysta,
członek Grupy
Roboczej Rady
Europejskiej
Lekarzy Dentystów**

*28 września
2012 r.
w Okręgowej
Izbie
Lekarskiej
w Gdańsku
odbyło się
spotkanie
Grupy
Roboczej
ds. Kontroli
Infekcji
i Gospoda-
rowania
Odpadami Rady
Europejskich
Lekarzy
Dentystów
(CED),
w całości
poświęcone
Legionelli.*



**Andrzej
Baszkowski**

**Członek Naczelnej
Rady Lekarskiej,
lekarz dentysta,
wiceprezes
Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej**

*Żeby wzmocnić
siłę naszych
argumentów,
zwróciliśmy się
do biura radców
prawnych NRL
o wsparcie
ich racjami
legislacyjnymi.
Dziękując
naszym
prawnikom,
należy
stwierdzić,
że są one
w większości
druzgocące dla
funduszu.*

Czy jakość świadczeń to tylko problem lekarzy...?



Po ostatnich rozmowach w centrali NFZ, trudno pozbyć się ambiwalencji. Z jednej strony czuliśmy się trochę jak petenci, a nie partnerzy. Z drugiej – mieliśmy nadzieję.

Petenci zależni, opłacani i kontrolowani przez NFZ, od których oczekuje się, że spokojnie i grzecznie będą realizowali kontrakty i żadne pretensje nie przyjdą im do głowy. Z drugiej jednak strony wydaje się, że nasze uwagi, postulaty i protesty po raz pierwszy od dawna mają szansę na..., no nie na realizację – tak dobrze to nie ma – ale na przynajmniej poważne odniesienie się do nich przez fundusz. Rozmowy będą kontynuowane. Żeby wzmocnić siłę naszych argumentów, zwróciliśmy się do biura radców prawnych NRL o wsparcie ich racjami legislacyjnymi. Dziękując naszym prawnikom, należy stwierdzić, że są one w większości druzgocące dla funduszu. Przedstawiam w kilku punktach najistotniejsze z nich.

Uwagi legislacyjne

1. Kwestionujemy sens negocjacji konkursowych, jeżeli ich pozytywne rezultaty nie są jednocześnie promesą podpisania kontraktu. Dziś końcowe decyzje co do wyboru oferenta zapadają poza poko-

jem negocjacyjnym. Wygląda na to, że część niejawną to ponowny konkurs. Nie taki był cel zapisów ustawy. Biuro prawne jest zdania, że niezbędna jest zmiana zarządzenia Prezesa NFZ. Obecne nie jest zgodne z przepisami kodeksu cywilnego oraz przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

2. Cena oczekiwana nie powinna być określana w oderwaniu od rzeczywistych kosztów realizacji danego świadczenia. W przeciwnym wypadku nie ma pewności utrzymania ich jakości, co godzi w interes pacjenta.
3. Kryteria oceny ofert powinny zostać sformułowane w sposób zrozumiały dla każdego świadczeniodawcy. A tak nie zawsze jest. Przykładem jest zarządzenie nr 70/2011/DSOZ z 20 października 2011 r., tab. 1,9, zwłaszcza w punkcie L.p.30.
4. Punkty ujemne za negatywne wyniki kontroli zdecydowanie powinny być wyeliminowane. Jest kilka niezwykle ważnych powodów ku temu:

- stawiają w gorszej sytuacji podmioty, które miały kontrakty w stosunku do podmiotów, które nigdy nie kontraktowały świadczeń – te ostatnie nie były narażone na odjęcie punktów;
- stanowią podwójne karanie za to samo;
- fundusz nie premiuje za dotychczasową współpracę, nie powinien więc również za nią karać;
- przedmiotem oceny oferenta powinna być zdolność do realizacji kontraktu, a nie nieprawidłowości w realizacji wcześniejszej umowy; ustawa w art. 142 ust. 5 pkt. 1 nie przewiduje możliwości dyskryminowania świadczeniodawców ze względu na uchybienia wykryte w toku wcześniejszej kontroli;
- po kontroli jakości realizacji kontraktu ulega najczęściej zdecydowanej poprawie, ale kryterium wcześniejszych nieprawidłowości ten fakt już pomija;
- wyznaczenie kryterium oceny świadczeniodawców opiera się na czynniku losowym polegającym na tym, że kontrola nie obejmuje wszystkich;
- w wynikach kontroli nie zawsze racja leży po stronie funduszu; błąd w zakwalifikowaniu świadczenia nie ma nic wspólnego z jakością udzielanych świadczeń;
- karane są tylko złe wyniki kontroli przeprowadzonych w drugim roku realizacji kontraktu, kontrole w pierwszym i trzecim roku, nawet niekorzystne, już nie, nie są to więc warunki wspólne dla wszystkich.

reklama

W sumie punkty ujemne, wbrew zapewnieniom funduszu, prowadzą do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich i naruszają uczciwą konkurencję.

5. Kary umowne powinny być nakładane jedynie w przypadkach ewidentnego i istotnego naruszenia umowy. Pozostałe okoliczności powinny być wskazane do usunięcia uchybień. Dopiero zlekceważenie tych zaleceń jest powodem do nałożenia kar. Szczodre dziś nimi szafowanie nasuwa podejrzenie uczynienia z nich dodatkowego źródła dochodu dla funduszu.

6. Sprawa, która w ostatnich miesiącach napsuła nam tyle krwi: weryfikacja świadczeń. Biuro prawne jest zdania, że w wypadku, gdy lekarz nie zgadza się z funduszem, to dopiero na skutek wykazania przed sądem powszechnym, iż wypłacone środki były przekazane nienależnie, NFZ mógłby dochodzić ich zwrotu! „Fundusz nie może w dowolnym czasie kwestionować wykonanych świadczeń oraz podważać dokonanej za te świadczenia zapłaty, potrącając zakwestionowane przez siebie kwoty z bieżących wierzytelności świadczeniodawcy”.

zenia. Jak dotąd NFZ nie zdobył się na przyznanie, że na taki zakres świadczeń, jaki musi sfinansować, po prostu nie ma pieniędzy. Chociaż jest tu światło w tunelu. Fundusz zgodził się, żebyśmy przedstawili niedoszacowane świadczenia i aby stały się one tematem rozmów. Dawno takiej otwartości nie było. Centrala funduszu uznawała, że 3 zł za opatunek do kieszonki dźgającej to jest akurat tyle, ile trzeba zapłacić za zabieg stomatologiczny, mimo że samo posadzenie pacjenta na fotelu kosztuje 30 zł! Za to odpowiedzialność za opiekę dentystryczną nad pacjentami wołał przerzucać na doktorów, popędzać ich, kontrolować, karać, narzucać limity i ograniczenia, byle budżet zamknąć. Wartość świadczeń nie miała znaczenia, przecież i tak były wzięte z sufitu... Gdzie tu miejsce na jakość świadczeń...? Wygląda na to, że tylko dla lekarzy jest to problem... ■

Podsumowanie

Nie wspominałem dotąd o budżecie na stomatologię. Zmiany finansowe to ma-



**Agnieszka
Ruchała-
Tyszler**

**Specjalista
w dziedzinie
protetyki
stomatologicznej,
członek NRL
i jej Komisji
Stomatologicznej,
wiceprezes ORL
w Szczecinie,
wykładowca
w studium
medycznym**

Wirtualne protezy

Po raz kolejny w internecie ukazała się informacja o możliwości zakupu protez zębowych.

Sprawa jest „prosta”: jedna z firm działających w sieci wysłała potencjalnemu pacjentowi materiały i instrukcje, jak należy wykonać wycisk. W przypadku takiej oferty zupełnie niepotrzebne staje się badanie lekarskie – wnikliwa analiza podłoża i pola protetycznego, diagnostyka pomocnicza, czy ocena zmian onkologicznych... Po co więc lata nauki w uczelni medycznej, szkolenia specjalizacyjnego, doskonalenia zawodowego, skoro – jak podaje ta firma – jest to „dziecinne proste”, a podobnie jak w gabinecie pacjent nie ma kontaktu z technikiem protetycznym. Firma chwali się, że w taki sposób od ponad pięciu lat wykonywane są protezy w Niemczech, Szwecji czy Wielkiej Brytanii, starając się rozwiązać wątpliwości, czy zakup protez w sieci jest bezpieczny.

Jak w obuwniczym

W ubiegłym roku w czerwcu na znanym portalu aukcyjnym ukazała się oferta sprzedaży protez, które pacjenci mogli ponoć i sami dopasować w jamie ustnej. Wywołało to powszechne oburzenie w środowisku lekarzy dentystów. Przypominała mi się sytuacja sprzed lat, kiedy to na „państwową” protezę trzeba było czekać bardzo długo. To wtedy pacjenci kupowali je na rynku, zazwyczaj przywiezione zza wschodniej granicy i podobnie jak buty mierzyli sztuczne szczęki, dopasowując je do swojej jamy ustnej. Inną możliwością było zrobienie sobie „proteżki” lub „wstawki” u zaprzyjaźnionej pani technik, która za jedną trzecią ceny gabinetowej wykonywała lepszą lub gorszą protezę (zresztą proceder ten kwitnie do tej pory).

Aspekt prawny

Oferowanie bezpośredniej sprzedaży pacjentom stomatologicznych wyrobów protetycznych jest nie tylko niezgodne z prawem obowiązującym w Polsce oraz całej Unii Europejskiej, ale może stanowić zagrożenie dla zdrowia potencjalnego pacjenta. Dodatkowo ustawa o wyrobach medycznych ściśle reguluje zasady wytwarzania wyrobów medycznych oraz wprowadzania ich do obrotu i użytkowania. Protezy zębowe, które są właśnie takim wyrobem medycznym, wykonywane są w laboratoriach protetycznych zgodnie z pisem-

nym zleceniem lekarza dentysty. To lekarz dentysta, biorąc na siebie odpowiedzialność, określa właściwości projektu protezy. Wykonany wg zlecenia wyrób jest przekazywany lekarzowi dentyście, który jest wyłącznie uprawniony do zastosowania (skontrolowania/skorygowania) go u danego pacjenta.

Rokowania

Czy pacjenci będą korzystać z ofert internetowych? Miejmy nadzieję, że w ograniczonym zakresie, gdyż po pierwsze: oferta firmy internetowej, o której mowa, jest niekorzystna finansowo (630 zł za protezę); po drugie: nie ma problemu obecnie z otrzymaniem protez zębowych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, kolejek nie ma, a dodatkowo oprócz profesjonalnej, specjalistycznej usługi można mile spędzić czas na rozmowie z zespołem stomatologicznym.

Oczywiście nie możemy liczyć tylko na zdrowy rozsądek naszych pacjentów. Samorząd lekarski ma zadanie, by czuwać nad prawidłowym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty, a tym samym chronić naszych pacjentów przed oszustami chcącymi nielegalnie się wzbogacić kosztem zdrowia, a czasem życia ludzkiego. ■

Więcej na temat problemów wirtualnych protez w jednym z kolejnych wydań „Gazety Lekarskiej”

Doskonalimy się w całej Polsce

1 grudnia 2012 r. odbyła się VII Konferencja z cyklu „Najnowsze trendy w stomatologii” zorganizowana przez Komisję ds. Lekarzy Dentystów OIL w Szczecinie. Wzięli w niej udział wykładowcy z całej Polski, a wśród nich autorytety z dziedziny endodoncji, stomatologii zachowawczej i periodontologii, m.in.: prof. Halina Pawlicka (Łódź), prof. Anna Surdacka (Poznań), prof. Tomasz Konopka (Wrocław), prof. Mariusz Lipski (Szczecin), dr hab. Renata Chałas (Lublin), dr Joanna Kuć (Białystok), dr Renata Śniata (Poznań), dr Mirosław Orłowski (Lublin), którym serdecznie dziękujemy za ciekawe wykłady. W konferencji uczestniczyło ponad 250 osób.

Ważne!

**mec. Marek
Szewczyński**

Od 1 stycznia br. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych. Najistotniejsze zmiany obejmują:

- zniesienie wymogu posiadania stażu pracy w warunkach narażenia dla lekarzy dentystów ubiegających się o uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej typu S;
- określenie, że szkolenie dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicz-

nej typu R lub S ma mieć formę wykładów i ćwiczeń w systemie stacjonarnym;

- zmianę zasad oceniania i zaliczania części pisemnej egzaminu poprzez dodanie kryterium punktów z pytań typu otwartego.

Pomimo uzasadnionych postulatów środowiska lekarskiego nie zmieniły się podstawy ustalania wysokości opłaty za egzamin (20 proc. minimalnego wynagrodzenia, czyli 320 zł w r. 2013) oraz w zasadzie nie zmieniono zakresu tematycznego i wymiaru czasowego szkolenia.

Mediacja – lek na pozwy

Popularny ostatnio temat z pogranicza prawa i medycyny to sposób dochodzenia roszczeń przez pacjentów poszkodowanych w wyniku błędów (lub tzw. zdarzeń) medycznych.

**Michał
Ryszard
Wysocki**

**Stały mediator
sądowy (lista
Sądu Okręgowego
w Gdańsku),
asesor notarialny**

Dyskusja oscyluje wokół porównania postępowania przed komisją wojewódzką a cywilnym postępowaniem przed sądem. W rozważaniach tych lekarza postrzega się bardziej jako przedmiot postępowania, niż jak jego stronę. Sam pacjent też traktowany jest jako mało znaczący trybik w wielkiej maszynie. Mało kto zdaje sobie sprawę, że „założenie sprawy w sądzie” lub biernie oczekiwanie na pozew to nie są jedyne możliwości. Istnieje alternatywa dla procedur sądowo-administracyjnych. Jest nią mediacja w sprawach medycznych. Decydując się na skorzystanie z niej zarówno lekarz, jak i pacjent zostają upodmiotowieni i mogą zabrać (decydujący!) głos w swojej sprawie.

Czym jest mediacja?

Mediacja to polubowna metoda rozwiązywania sporu, w której neutralna i bezstronna osoba pomaga stronom we wzajemnej komunikacji, określeniu interesów oraz wypracowaniu obojętnie akceptowalnego porozumienia. Osobą tą jest mediator, który asystuje stronom i pełni rolę profesjonalnego menedżera zarządzającego procesem negocjacji. Mediacja w sprawach cywilnych uregulowana jest w art. 1831-18315 kodeksu postępowania cywilnego. To pełnoprawna alternatywa zarówno dla postępowania sądowego, jak i postępowania przed wojewódzką komisją ds. zdarzeń medycznych.

Nie sposób zacząć wymieniać korzyści wynikające z zastosowania mediacji w medycynie bez zaprezentowania jej czterech głównych zasad filarów.

Zasada dobrowolności jest najważniejszym z filarów. Oznacza ona, że nikt nie może zmusić żadnej ze stron do brania udziału w mediacji wbrew jej woli. Ponadto w dowolnym momencie każda strona może „odejść od stołu”, a prowadzenie mediacji nie oznacza obowiązku zawarcia ugody. Ta zasada pozwala na zachowanie przez strony kontroli nad procesem na każdym jego etapie.

Drugim filarem mediacji jest zasada poufności. Działa ona w dwie strony. Przede wszystkim mediatora obowiązuje tajemnica zawodowa i nie może on być świadkiem w danej sprawie, o ile obie strony nie wyrażą na to zgody. Co więcej, same strony nie mogą powoływać się w toku ewentualnego procesu sądowego na żadne oświadczenia składane w trakcie mediacji. Daje to prawną gwarancję bezpieczeństwa.

Trzeci i czwarty filar to zasady neutralności i bezstronności, które dotyczą mediatora. Neutralność oznacza, że nie może on mieć żadnego interesu w określonym rozwiązaniu sporu, a nadto nie może narzucać stronom swoich rozwiązań. Bezstronność z kolei oznacza, że mediator obowiązany jest równo traktować obie strony, a także dbać o zachowanie równowagi sił. Obie te zasady stoją na straży rzetelności mediatora, co zapewnia stronom profesjonalne podejście.

Mediacja dla lekarza i pacjenta

Dzięki przytoczonym wcześniej zasadom, to lekarz i pacjent wspólnie (często przy pomocy prawników i ekspertów) mają całą moc decyzyjną i bez ich woli nic nie może się wydarzyć. Warto zwrócić uwagę, jak na tle postępowania sądowego i postępowania przed komisją wojewódzką wygląda mediacja w sprawach medycznych, patrząc przez pryzmat interesu reprezentantów służby zdrowia.

Mediacja wydaje się wręcz stworzona do rozwiązywania konfliktów powstałych na tle ochrony zdrowia. Niesie ona ze sobą wiele korzyści dla wszystkich zaangażowanych podmiotów. Najistotniejsze są te niematerialne, których nie można przeliczyć na pieniądze. Z tych niewątpliwie najważniejszą jest szansa na ocalenie więzi pacjent – lekarz (zarówno konkretnej, jak i umożliwieniu budowy takich więzi w przyszłości).

Główne korzyści dla lekarza (lub lekarza dentystry, pielęgniarki) to: • szansa na uniknięcie utraty reputacji i napiętnowania; • odreagowanie negatywnych emocji i szybsze uporanie się ze stresem; • możliwość ponownego pełnego skupienia się na pracy zawodowej; • realizacja potrzeby zażyczenia i przeprosin w atmosferze poufności; • zapewnienie współdecydowania o własnej sprawie i osobie.

Dzięki przystąpieniu do mediacji także pacjent odnosi korzyści nieosiągalne dla niego w pozostałych postępowaniach, takie jak:

- uzyskanie wyczerpujących wyjaśnień i odpowiedzi na nurtujące pytania;
- szansa na otrzymanie przeprosin i odreagowanie negatywnych emocji;
- możliwość uzyskania elastycznych form „odszkodowania”;
- możliwość wpływu na prawdziwą zmianę praktyk i procedur medycznych.

Wspólny cel: uzdrawiać!

Podobnie jak medycyna, mediacja ma uzdrawiać – w tym wypadku ludzkie relacje i zaufanie do lekarzy. Wszyscy mogą być jej beneficjentami, jeśli tylko dadzą sobie szansę. Nie towarzyszy temu żadne ryzyko – w przypadku braku porozumienia (ugody) zawsze można skierować sprawę na drogę sądową. Dlaczego więc bezrefleksyjnie skazywać się na nieciekawą alternatywę pt. komisja wojewódzka albo sąd, jeśli na wyciągnięcie ręki dostępna jest metoda daleko bardziej humanitarna? Środowisko lekarskie powinno stać się stroną inspirującą popularyzację rozwiązania, w ramach którego lekarz (lekarz dentysta / pielęgniarka) będzie mógł nie tylko zabrać głos, ale przede wszystkim współdecydować w swojej sprawie. Propagujemy metodę rozwiązania konfliktów, która jest przyjazna nie tylko dla lekarzy, ale również dla ich pacjentów. Propagujemy mediację w sprawach medycznych. ■

*Mediacja
wydaje
się wręcz
stworzona do
rozwiązywania
konfliktów
powstałych
na tle ochrony
zdrowia.*



**Małgorzata
Serwach**

Adiunkt Katedry
Prawa Cywilnego
Uniwersytetu
Łódzkiego

*Kilkumiesięczne
funkcjonowanie Komisji
Wojewódzkich
ds. Orzekania
o Zdarzeniach
Medycznych
wskazuje
też na szereg
problemów
praktycznych,
w szczególności
odnoszących
się do kwestii.*

Komisje ds. orzekania

Odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych w praktyce

1. Wprowadzenie przepisów określających zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych do polskiego systemu ochrony zdrowia od samego początku ich obowiązywania spotkało się z dużym zainteresowaniem praktyki. Główną przyczyną uchwalenia nowych przepisów było zapewnienie pacjentom dodatkowej ochrony, w szczególności w takich przypadkach, gdy na skutek wystąpienia określonego uszczerbku (uszkodzenie ciała, rozstroju zdrowia) niezbędne jest niezwłoczne uzyskanie środków pieniężnych potrzebnych do naprawienia powstałej szkody. Ustalenie przez Komisję Wojewódzką zdarzenia medycznego w terminie 4 miesięcy od chwili złożenia wniosku oraz szybka wypłata należnego świadczenia przez ubezpieczyciela (propozycja wysokości świadczenia powinna być złożona w terminie 30 dni od doręczenia orzeczenia) miały stanowić gwarancję skuteczności nowego systemu.

Pomimo słuszych motywów wprowadzenia analizowanego rozwiązania powstały wątpliwości związane z interpretacją oraz określeniem charakteru prawnego nowego ubezpieczenia, jak i samej odpowiedzialności. Powstaje bowiem zasadnicze pytanie, czy celem ustawodawcy było wprowadzenie „nowej” odpowiedzialności szpitali czy też jedynie nowego rodzaju ubezpieczenia. Ocenę komplikuje fakt, że w razie niezawarcia przez szpital umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych lub wyczerpania sumy ubezpieczenia podmiot leczniczy „wstępuje w miejsce ubezpieczyciela”.

2. Zastrzeżenia interpretacyjne potęguje fakt, że nie zostały wydane przepisy wykonawcze regulujące warunki omawianego ubezpieczenia. Jedynie w rozporządzeniu wydanym przez ministra zdrowia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, doprecyzowano sposób wyliczenia świadczenia należnego wnioskodawcy. Treść rozporządzenia budzi uzasadnione wątpliwości co do zasadności tak skrupulatnego określenia procentowego uszczerbku oraz maksymalnych kwot świadczenia w przypadku wystąpienia określonego stopnia pogorszenia stanu zdrowia, pogorszenia się jakości życia rozumianej jako konieczność zapewnienia opieki osób trzecich, utratę zdolności do pracy zarobkowej lub brak możliwości kontynuowania nauki, a także w razie wystąpienia uciążliwości leczenia lub innej krzywdy pozostającej w związku ze zdarzeniem medycznym. Przyjęte rozwiązanie powoduje, że w przypadku wydania przez komisję orzeczenia o zdarzeniu medycznym ubezpieczyciel będzie zobowiązany do przeprowadzenia swego rodzaju postępowania wyjaśniającego, aby wyliczyć kwotę należnego świadczenia. Pacjent, składając wniosek, ma bowiem jedynie obowiązek podania wysoko-

ści zgłaszanego roszczenia (oscylującego zazwyczaj w górnych granicach ustawowych) oraz dołączenia dowodów uprawdopodobniających wystąpienie zdarzenia medycznego. Komisja dokonuje wprawdzie ustaleń zaistnienia tego zdarzenia, w tym faktu uszkodzenia ciała lub powstania rozstroju zdrowia, nie ma natomiast uprawnień do wyliczenia wysokości odszkodowania czy zadośćuczynienia nawet w takiej sytuacji, gdy nie zostanie zgłoszona żadna propozycja przez zobowiązanego.

3. Dotychczasowa praktyka pokazała także inne problemy. Wbrew pierwotnym oczekiwaniom tylko jeden ubezpieczyciel na polskim rynku ubezpieczeniowym wprowadził do swojej oferty nowy rodzaj ubezpieczenia. Brak konkurencji spowodował – zdaniem wielu kierowników podmiotów leczniczych – określenie wysokości należnej składki na bardzo wysokim poziomie. Prawdą jest, że trudno oszacować ryzyko dla nowego rodzaju ryzyka, a brak konkurencji może mieć wpływ na wysokość świadczenia przekazywanego ubezpieczycielom w zamian za udzieloną ochronę. Zarządzający podmiotami leczniczymi uznali zatem, że nie będą zawierać umów ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych ze względu na wysokość proponowanej składki oraz ograniczone możliwości finansowe wielu placówek medycznych. W efekcie w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego na terenie nieubezpieczonego podmiotu leczniczego szpital będzie musiał samodzielnie pokryć wyrządzoną pacjentowi szkodę. W ten sposób nie został osiągnięty jeden z podstawowych celów wprowadzenia nowych przepisów: nie tylko bowiem nie ochroniono placówek przed ryzykiem ponoszenia dodatkowych kosztów związanych ze szkodami medycznymi, a wręcz przeciwnie – obciążono je w sposób pośredni nowymi zobowiązaniami finansowymi.

4. Kilkumiesięczne funkcjonowanie Komisji Wojewódzkich ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych wskazuje też na szereg problemów praktycznych, w szczególności odnoszących się do kwestii proceduralnych. Pierwsze z nich dotyczą terminu złożenia wniosku. Ustawodawca nie tylko bowiem nie wskazał, jaki charakter ma wprowadzony termin, ale też nie przewidział, w jaki sposób powinna postąpić komisja w razie złożenia wniosku po jego upływie. Komisja ma bowiem uprawnienie do zwrócenia bez rozpoznania wniosku jedynie nieopłaconego lub niekompletnego (art. 67 d ust. 5 pr. pacj.). Wydaje się, że zbyt długi termin został przyznany podmiotowi leczniczemu oraz ubezpieczycielowi na zajęcie stanowiska w sprawie. Konieczność oczekiwania na stanowisko tych podmiotów przez okres 30 dni powoduje, że de facto pierwsze posiedzenie odbywa się najwcześniej po upływie około 5-6 tygodni od złożenia wniosku,

co odpowiada jednej czwartej czasu, jaki komisja ma na przeprowadzenie całego postępowania wyjaśniającego oraz wydanie orzeczenia w sprawie.

5. Dokonując oceny rozwiązania wprowadzonego do polskiego systemu ochrony zdrowia, wskazywano niekiedy, że składy komisji mogą być dosyć przypadkowe. Samo sformułowanie „komisja” ma trochę deprecjonujący charakter, w szczególności ze względu na nawiązanie terminologiczne do instytucji sprzed zmiany ustroju. Tymczasem w większości składów komisji orzekają prawnicy z wieloletnią praktyką i osoby wykonujące zawód medyczny o ogromnym doświadczeniu (lekarze, pielęgniarki, diagnostki laboratoryjni). Ewentualne wątpliwości rozstrzygają specjaliści w danej dziedzinie medycyny, w szczególności konsultanci wojewódzcy. O ile w sądach rejonowych analogiczne zagadnienie musi rozpatrzyć sędzia indywidualnie, o tyle w ramach komisji wspierają się osoby posiadające wiedzę prawniczą oraz wiedzę medyczną. Połączenie tych czynników powoduje, że rozpatrywane sprawy medyczne są – pomimo dosyć krótkiego terminu – wszechstronnie przeanalizowane. Ten pozytywny skutek wprowadzenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych może być jednak zniweczony przez fakt, że pacjent nie przyjmie propozycji odszkodowania czy zadośćuczynienia, jeśli kwoty będą znacząco niskie. Powołane wcześniej przepisy wyko-

nawcze wydane przez ministra zdrowia nie przewidują minimalnej granicy proponowanego świadczenia, a jedynie skomplikowany mechanizm jego wyliczenia. Zmusza to ubezpieczyciela do przeprowadzenia we własnym zakresie postępowania zmierzającego do prawidłowego wyliczenia powstałej szkody, a jednocześnie nie daje żadnej gwarancji, że propozycja będzie dla wnioskodawcy zadowalająca. Nie ma też żadnego trybu odwołania od decyzji ubezpieczyciela. Wszystkie oświadczenia składane są przez poszkodowanego oraz ubezpieczyciela za pośrednictwem komisji i mają charakter jednorazowy oraz ostateczny. Wysokość odszkodowania czy zadośćuczynienia nie zostanie zweryfikowana także wtedy, gdy ubezpieczyciel nie złoży żadnej propozycji w ustawowym terminie, a świadczenie zostanie określone przez komisję w wydanym zaświadczeniu zgodnie z roszczeniem wnioskodawcy. Do tego nie jest bezsporne, czy powołane przepisy wykonawcze mają zastosowanie także do podmiotu leczniczego, który z braku odpowiedniego ubezpieczenia lub wyczerpania sumy ubezpieczenia będzie zobowiązany do samodzielnego zaspokojenia roszczeń wnioskodawcy. Być może zasadne byłoby zatem wprowadzenie regulacji przyznającej komisji prawo do oszacowania wysokości szkody poniesionej przez pacjenta, co z kolei stanowiłoby dla niej istotne obciążenie i czyniłoby niemożliwym zakończenie sprawy w ustawowym terminie. ■

*w większości
składów
komisji orzekają
prawnicy
z wieloletnią
praktyką i osoby
wykonujące
zawód medyczny
o ogromnym
doświadczeniu.*

Lekarze w badaniach opinii społecznej w 2012 r.

**Łukasz
Goryszewski**

**Romuald
Krajewski**

Opublikowane w 2012 r. badania opinii publicznej o lekarzach i lekarzach dentystach są nieliczne i zwykle dotyczą systemu ochrony zdrowia, co należy brać pod uwagę przy ocenie wyników tych badań.

Oródek Studiów Analiz i Informacji NIL w 2012 r. przeprowadził duże, reprezentatywne badanie naszej, lekarskiej opinii o warunkach kształcenia (<http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/orodek-studiow-analiz-i-informacji/raport-mozliwosci-i-bariery-rozwoju-zawodowego-lekarzy-i-lekarzy-dentystow>). Obecnie rozpoczęliśmy kolejne badanie, które dotyczy warunków pracy, potrzeb edukacyjnych w zakresie kompetencji miękkich i konfliktu interesów.

Co sądzili o nas Polacy w 2012 r.

W międzynarodowym badaniu dotyczącym problematyki ochrony zdrowia obywatele Polski, Niemiec, Francji, Włoch, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Austrii, Czech, Hiszpanii i USA oceniali zarówno cały system ochrony zdrowia, jak i m.in. techniczne umiejętności lekarzy w ich krajach. Najwyżej ocenili swoich lekarzy Amerykanie (7,1 w skali 1-10), zaś Polacy z 4,9 punktu nie wypadli najgorzej – najniższe oceny dali swoim lekarzom Włosi (4,6 punktu). Jeśli chodzi o cały system, nasz został oceniony

zdecydowanie najgorzej. Polacy najczęściej też rezygnowali z jakiegos leczenia z powodów finansowych i oceniali najniżej równość dostępu do świadczeń. Badani we wszystkich krajach za najważniejszy problem uznają czas oczekiwania na leczenie (90 proc. uznało go za bardzo ważny).

Szczegółowe wyniki

CBOS regularnie przeprowadza badanie „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej” oparte na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków. Podsumowanie wyników z 2012 r. jest przedstawione w Tabeli 1.

Pozytywnie kompetencje lekarzy oceniło 68 proc. badanych (22 proc. było przeciwnego zdania), 61 proc. uważało, że lekarze angażują się w pracę (ale 29 proc. ma inne zdanie), 54 proc. sądziło, że pacjenci traktowani są z troską i życzliwością. W badaniu tym pytano także o opinię na temat przyczyn problemów w ochronie zdrowia. Respondenci najczęściej wskazywali na zbyt niskie finansowanie i złe wykorzystanie środków.

Dobrze	Średnio	Źle
Kompetencje lekarzy	Bezpłatne leczenie	Godziny, w których świadczone są usługi medyczne
Łatwość dostania się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	Informacja o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc	Lokalizacje, w których świadczone są usługi medyczne
Szybkość uzyskania pomocy (nawet w nocy)	Równe traktowanie pacjentów, zależnie jedynie od ich stanu zdrowia	Łatwość dostania się na wizytę do specjalisty
Wykorzystywanie nowoczesnej aparatury medycznej	Warunki leczenia	Obsługa pacjentów (ocena pod względem szybkości i skuteczności)
Zaangażowanie lekarzy w ich pracę		Szybkość i łatwość wykonywania badań diagnostycznych
Życzliwość i troska okazywane pacjentom		Uzyskiwanie pomocy medycznej poza miejscem zamieszkania
		Wykorzystywanie w opiece zdrowotnej nowoczesnych rozwiązań (internet, elektroniczne karty ubezpieczenia zdrowotnego)

Tabela 1. Zestawienie własne na podstawie raportu CBOS: „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej”, 2012 r.

CBOS regularnie przeprowadza badanie „Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej” oparte na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków.

Trochę informacji o opiniach na temat lekarzy dostarczyło także badanie CBOS „Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej”. Ciekawym wynikiem tego badania, potwierdzającym wspomniane powyżej znaczenie oczekiwania na świadczenia, jest główny motyw korzystania z opieki medycznej poza systemem publicznym – krótszy czas oczekiwania na wizytę (66 proc. badanych). Po 22 proc. badanych podało także jako przyczynę skorzystania z prywatnej opieki większe zaangażowanie lekarzy i osób wykonujących świadczenia oraz dostęp do lepszych, bardziej kompetentnych specjalistów. Wyniki pokazują również, że tylko 28 proc. badanych, gdyby mogli sobie pozwolić na opłacenie wszystkich świadczeń poza systemem publicznym, korzystałoby wyłącznie z opieki prywatnej.

Protest pieczętkowy

Naszego środowiska dotyczyło również badanie CBOS „Protest pieczętkowy, czyli wokół ustawy refundacyjnej”. Receptę opatrzoną pieczętką „Refundacja leku do decyzji NFZ” otrzymało 10 proc. badanych, czyli 21 proc. tych, którzy otrzymali receptę. Trudności ze zrealizowaniem takich recept miało 59 proc. osób z tej grupy, podczas gdy osoby z receptami bez pieczętki napotkały trudności w 23 proc. przypadków. Prawie połowa (48 proc.) badanych uważała, że lekarze mieli prawo do takiego

protestu, a 39 proc. uznało, że nie i że takie sprawy należy załatwiać inaczej. Lekarzy jako przyczynę zamieszania wokół ustawy refundacyjnej wskazało 4 proc. badanych, natomiast 85 proc. uznało za winnych rząd oraz NFZ. Również prawie połowa (48 proc.) badanych wskazała, że po stronie rządowej za problemy odpowiada przede wszystkim minister zdrowia.

Wnioski

Wyniki badań opinii publicznej zawsze są bardzo zależne od sposobu sformułowania pytań i kontekstu, w jakim są one zadawane. Dlatego interpretacja przytoczonych powyżej opinii byłaby bardzo trudna. Ciekawsza i zapewne bardziej obiektywna byłaby ocena opinii publicznej dotycząca wyłącznie lekarzy, niewykłana w problemy systemu ochrony zdrowia. Zarówno w badaniach, jak i w codziennej praktyce powinniśmy zwracać uwagę, aby opinia publiczna i nasi pacjenci nie identyfikowali nas z systemem, którego organizacja i finansowanie od nas nie zależą. Sądzę, że jako środowisko wolelibyśmy, aby pozytywne oceny naszych kompetencji zawodowych, zaangażowania, życzliwości były bardziej powszechne, a szczególnie, aby mniej było opinii negatywnych.

Pełen raport jest dostępny na stronach NIL (www.nil.org.pl). ■

Zarówno w badaniach, jak i w codziennej praktyce powinniśmy zwracać uwagę, aby opinia publiczna i nasi pacjenci nie identyfikowali nas z systemem, którego organizacja i finansowanie od nas nie zależą.

Wybory
samorządowe
**Paweł
Susłowski**
**Przewodniczący
Krajowej Komisji
Wyborczej**

*W okresie
od 1 marca
do 1 kwietnia
2013 r.
OKW będą
przyjmowały
zgłoszenia
kandydatów
na delegatów
na okręgowy
zjazd lekarzy.*

Wiele zależy od nas

Najbardziej żmudne prace dla OKW i biur OIL, czyli podział izb na rejonowy oraz tworzenie list członków rejonów wyborczych, są już za nami.

W chwili obecnej trwa akcja sprawdzania się lekarzy na listach wyborczych poszczególnych rejonów (informacje te są zamieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronach internetowych izb oraz dostępne w ich siedzibach). Pragnący uczestniczyć w wyborach w innym rejonie niż ten, do którego zostali przypisani, muszą złożyć stosowny wniosek do OKW. Wzór wniosku jest dostępny w każdej z izb, większość zamieściła go na swojej stronie internetowej lub przesłała do wszystkich członków. Wniosek może być dostarczony osobiście, za pośrednictwem poczty, elektronicznie czy też faksem (ważny jest czytelny podpis) do 18 lutego 2013 r. OKW rozpatrzy napływające wnioski i dokona niezbędnych zmian. Ostateczne listy zostaną opublikowane do 28 lutego 2013 r. na stronie internetowej izb, będą również dostępne w siedzibie izb lekarskich.

W okresie od 1 marca do 1 kwietnia 2013 r. OKW będą przyjmowały zgłoszenia kandydatów na delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. Wzór karty zgłoszenia będzie dostępny na stronach internetowych izb oraz tradycyjnie w biurach izb. Osoby chcące kandydować muszą potwierdzić podpisem fakt swojej niekaralności. Termin „niekaralność” odnosi się w tym przypadku zarówno do orzeczeń sądów lekarskich, jak i sądów powszechnych. Zainteresowanych odsyłam do zapisu art. 14 ust. 5 Ustawy o izbach lekarskich. Proszę o staranne wypełnienie druków zgłoszeniowych i niezapominanie o złożeniu podpisów.

Marzec będzie zatem miesiącem, w którym rozstrzygnie się, czy zainteresowanie wyborami w naszej korporacji jest zjawiskiem na tyle powszechnym, aby zapewnić wystarczającą liczbę kandydatów. Pozostało jeszcze kilka tygodni. Spójrzmy na koleżanki i kolegów z pracy, rozważmy, czy chcielibyśmy, aby nas reprezentowali. Porozmawiajmy z nimi, spróbujmy ich przekonać do kandydowania. A może odkryjemy w sobie żyłkę społecznikowską, znajdziemy czas i możliwość?

Wielu z Państwa zastanawia się, czytając ten tekst, dlaczego namawiam do uczestniczenia w wyborach. Odpowiedź jest prosta. Zależy mi. Działam w strukturach naszego samorządu od ok. 20 lat. Poznałem wielu wspaniałych ludzi, z wieloma współpracowałem. Ich nazwiska kojarzą się z tym, co w samorządzie najlepsze. Wywodzą się zarówno z otwartego leczenia, jak i szpitali, prowadzą prywatną praktykę lub są pracownikami naukowymi. Wszyscy byli w stanie znaleźć czas, przeznaczyć wolne chwile na rzecz innych. Byłoby mi żal, gdyby ich działania nie miały naturalnej (dzięki skutecznie przeprowadzonym wyborom) kontynuacji. Ktoś może powiedzieć, że to „agitka”, ale ja nie mogę oprzeć się wrażeniu, że po prostu muszę.

Los stanu lekarskiego jest w twoich rękach, masz okazję, chciej, miej wpływ na podejmowane decyzje, zasłuż na uznanie środowiska. ■

BIULETYN

Nr 1 (146) Rok XXIV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, II 2013

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL - 14 grudnia 2012 roku

UCHWAŁA Nr 24/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2012 r.

w sprawie zmiany budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na 2012 r.

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 w zw. z art. 40 ust.4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się zmianę budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2012 w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały Nr 24/12/VI NRL z dnia 14 grudnia 2012 r. znajduje się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

UCHWAŁA Nr 25/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2012 r.

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2013

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 w zw. z art. 40 ust.4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2013 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały Nr 25/12/VI NRL z dnia 14 grudnia 2012 r. znajduje się na stronie internetowej NIL – www.nil.org.pl

STANOWISKO Nr 16/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2012 r.

w sprawie poselskiego projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu poselskiego projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie, przekazanego przy piśmie Pana Lecha Czapli, Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 16 listopada 2012 r. wnosi o odrzucenie przedstawionego projektu ustawy. Problematyka planowania rodziny, ochrony płodu ludzkiego i warunków dopuszczalności przerywania ciąży jest prawidłowo uregulowana w obowiązującej

ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.) oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych i nie wymaga nowej regulacji prawnej. Propozycje zawarte w art. 13 projektu ustawy, powinny natomiast być rozpatrywane w ramach prac legislacyjnych nad ustawą o wspomaganiej prokreacji (in vitro).

Naczelna Rada Lekarska nie uważa za celowe zmiany brzmienia art. 26 ustawy o zawoździe lekarza i lekarza dentysty. Propozycja, aby lekarz określał w formie pisemnej, jakie czynności medyczne są sprzeczne z wyznawanym przez niego systemem wartości w związku z czym w przyszłości nie będzie ich wykonywał, powołując się na klauzulę sumienia, jest nie do zrealizowania, gdyż lekarz w dniu składania takiego oświadczenia nie jest w stanie przewidzieć wszystkich działań medycznych, co do których w przyszłości będzie musiał dokonać oceny, czy nie powinien od nich odstąpić korzystając z klauzuli sumienia.

W przedstawionym projekcie zwraca ponadto uwagę brak uregulowań dotyczących zapobiegania i leczenia bezpłodności, a także brak propozycji przepisów dotyczących badań genetycznych, których nie można ograniczać wyłącznie do badań prenatalnych. Prawnego uregulowania tej problematyki dokonano już prawie we wszystkich państwach europejskich.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

Apel Nr 8/12/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 14 grudnia 2012 r.

do Ministra Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem o zmianę treści art. 50 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia poprzez wskazanie, iż obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nie dotyczy dokumentacji prowadzonej w formie wykazu prowadzonego przez lekarza wystawiającego recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania określony został uproszczony zakres dokumentacji medycznej wymaganej dla dokumentowania wystawiania recept przez lekarzy i lekarzy dentystów dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa. Istotą przedmiotowej zmiany było ułatwienie lekarzom i lekarzom dentystom wystawiania recept dla siebie i osób najbliższych poprzez wprowadzenie mniej rygorystycznych wymogów w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

Możliwość prowadzenia uproszczonej dokumentacji medycznej jest szczególnie istotna dla lekarzy i lekarzy dentystów emerytów, którzy wystawiają recepty wyłącznie dla siebie i osób najbliższych. Wejście w życie z dniem 1 sierpnia 2014 r. obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej będzie stanowiło technologiczną barierę niemożliwą do pokonania dla wielu lekarzy i lekarzy dentystów emerytów, uniemożliwiając tym osobom wystawianie recept dla siebie i osób najbliższych. Wobec powyższego niezbędna jest zmiana przepisu art. 50 pkt 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, która umożliwiłaby lekarzom i lekarzom dentystom realne korzystanie z rozwiązań przewidzianych w rozdziale 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz



**Jan
Duława**

**Profesor,
internista,
nefrolog,
prorektor SUM
w Katowicach**

Powołanie i poczucie obowiązku

Uczestniczyłem niedawno w bardzo udanej konferencji naukowej, której wykład inauguracyjny dotyczył pryncypiów w medycynie.

Wykładowca poruszył wiele wątków, m.in. powołanie do zawodu lekarza. Słuchałem z uwagą i podczas dyskusji wyraziłem swój pogląd, że zamiast o powołaniu, wolę mówić o odpowiedzialności i poczuciu obowiązku. Prowadzący obrady uznał to za atak na wykładowcę (nie pamiętam, czy użył słowa „atak”, ale kontekst jego wypowiedzi był jednoznaczny). Byłem zdumiony, ale nie podjąłem dyskusji. Pozwalam sobie jednak skorzystać z gościnności „Gazety Lekarskiej”, aby zabrać głos, ponieważ uważam, że problem jest bardzo istotny. Właściwie są to co najmniej dwa problemy, które można przedstawić w postaci pytań.

1. Dlaczego tak trudno nam (przynajmniej niektórym) ze sobą rozmawiać, a tak łatwo traktować wyrażanie innych (choćby tylko nieco) poglądów jako atak?

2. Czy istnieje coś, co można nazwać powołaniem do zawodu lekarza?

Spróbujmy przeformułować pierwsze pytanie: dlaczego tak trudno jest nam podjąć wysiłek zrozumienia innych, niż własne interpretacje faktów (społecznych, bo z przyrodniczymi jest chyba nieco lepiej) i akceptować inne niż własne poglądy. Nie znam odpowiedzi na to pytanie. Nie wiem, co mówią badania psychologów i socjologów. Uważam jednak, że wśród różnych przyczyn takich zachowań leżą m.in. dwa zjawiska.

Po pierwsze, często mylnie utożsamiamy nasze przeświadczenia, a nawet poglądy z wiedzą i traktujemy je jako fakty obiektywnie sprawdzone. Komentarza wymaga pojęcie „przeświadczenia”. Powtarzam je za prof. Władysławem Stróżewskim. Jest to coś między przypuszczeniem i udowodnionym twierdzeniem. Niektóre z nich mogą być poddane weryfikacji naukowej, niektóre nie. Przeświadczenia mogą być mocne lub słabe, wartościowe lub bezwartościowe oraz prawdziwe lub nieprawdziwe. Cechują się irracjonalnością, bezkrytycznym akceptowaniem własnych sądów i elementem wiary.

Przeświadczenia oparte są na wiadomościach nabytych w czasie edukacji, wyniesionych z domu rodzinnego, przeczytanych lub usłyszanych w różnych okolicznościach oraz na własnych preferencjach i sumie życiowych doświadczeń. Zawierają dużą domieszkę subiektywizmu.

Drugim, jeszcze chyba ważniejszym, zjawiskiem przeszkadzającym w dyskusji jest brak otwartości, rozumianej jako stała gotowość do podejmowania wysiłku w celach zrozumienia innych, czyli gotowości do dialogu. A przecież dialog

jest jedyną akceptowalną metodą komunikowania się między ludźmi. Inną jest walka. Stąd zapewne słownictwo o ataku i obronie. Podstawami dialogu są wspomniana otwartość i poszanowanie osoby, z którą rozmawiamy, a nawet się spieramy. Ważna przy tym jest gotowość do poddania weryfikacji własnego stanowiska. Często zdarza się, że bezrefleksyjnie przyjmujemy za własne poglądy innych. Analizując fakty, zbyt często robimy to pobieżnie, a nawet niechlujnie. A dialog, w którym poddajemy weryfikacji własne stanowisko, jest najlepszym sprawdzianem poprawności naszego myślenia. Ktoś, kto nie jest pewny własnego zdania, będzie się bał dialogu z inaczej myślącym. Wartość dialogu polega bowiem na możliwości weryfikowania i korygowania własnego rozumienia tego, co uważamy za prawdę.

Moja odpowiedź na drugie pytanie o powołanie do zawodu lekarza brzmi: nie wiem. Nie bardzo jednak mogę zaakceptować częste utożsamianie powołania do kapłaństwa i do zawodu lekarza. Pojęcie powołania do kapłaństwa jest dla mnie jasne. Wynika ze słów: „Nie wyście Mnie wybrali, ale Ja was wybrałem...” (J. 15,16). Oznacza to, że wybór kapłaństwa (które nie jest zawodem, ale sakramentem) jest odpowiedzią na głos z zewnątrz (nawet nie z tego świata), chociaż słyszany wewnątrz. Trudno mi się zgodzić, aby istniało coś podobnego, co można by nazwać powołaniem do zawodu lekarza. Lekarza wybiera Bóg? To byłaby megalomania. Chyba, że przyjmujemy, że taki wybór dotyczy każdego zawodu i każdej drogi życiowej. Ale to kolidowałoby z zasadą wolnej woli. Konkludując: nie widzę powodu, żeby wybór zawodu lekarza traktować inaczej niż wybór jakiegokolwiek innego zawodu. Co nie oznacza, że uważam zawód lekarza za taki sam, jak inne. Jest to niewątpliwie szczególnie zawód zaufania społecznego i w tym podobny jest do kapłaństwa, ale także do zawodu nauczyciela, prawnika i (bardzo by się chciało) polityka. Dobrym lekarzem, tak jak dobrym stolarzem czy krawcem można być bez względu na wyznawaną bądź niewyznaną religię.

Jestem pewien, że bycie lekarzem zobowiązuje do szczególnej odpowiedzialności za drugiego człowieka. Większej niż w jakimkolwiek innym zawodzie. Tej odpowiedzialności nie zagwarantuje żadne powołanie. Nie chcę być okrutny i podawać przykładów. A co będzie, kiedy przestanę je odczuwać? Odpowiedzialność zależy od mojego poczucia obowiązku, z którego nikt i nic nie może mnie zwolnić.

Tylko tyle i aż tyle.

Nie czuję się powołany. Czuję się zobowiązany. ■

*Często mylnie
utożsamiamy
nasze
przeświad-
czenia, a nawet
poglądy
z wiedzą
i traktujemy
je jako fakty
obiektywnie
sprawdzone.*

Powołanie i poczucie obowiązku – głos etyka

Głos prof. Jana Duławy zawarty w tekście „Powołanie i poczucie obowiązku” uważam za cenny. Pozwalam sobie w tym miejscu na wyrażenie własnej opinii w obu kwestiach.

Zaistniała podczas konferencji naukowej sytuacja, kiedy to polemiczny głos został odczytany przez prowadzącego obrady jako atak na prelegenta, jest wyrazem – niestety – podstawowego braku umiejętności prowadzenia debat i dyskusji. Mając czasem okazję uczestniczenia w konferencjach w niektórych krajach zachodnich, mogłem być świadkiem dość ciekawego fenomenu. Nieraz zdarzało się, że na sali obrad rozmówcy kruszyli kopie w obronie swych tez, używając wręcz bezpardonowych słów, zaś chwilę później, podczas bankietu, rozmawiali ze sobą jak starzy, dobrzy przyjaciele. I nawet na myśl im nie przyszło odczytywać wcześniejsze polemiki jako jakiś „atak” czy tym bardziej okazję do „obrażenia się” na drugą stronę. Umieli jasno rozróżnić dyskutowany problem od osoby, która go wyrażała. Wiedzieli, że debaty właśnie są po to, by prowadzić polemikę i konfrontować własny punkt widzenia ze spojrzeniem innych osób. Sytuacja taka zdarza się wśród nas – Polaków – niestety rzadko. Jest to, moim zdaniem, spowodowane tym, że ani szkoła, ani zazwyczaj środowisko domowe nie uczy młodych ludzi umiejętności prowadzenia rzeczowych dyskusji, sposobów argumentowania, stawiania tez, antytez i syntez itd.. Pole to leży zupełnie odłogiem; mało kto zdaje sobie w ogóle z tego sprawę! Dlatego też nie dziwi, że na pierwszy plan wysuwają się reakcje uczuciowe i emocjonalne. Zgoda z rozmówcą skutkuje jego przyjaźnią i sympatią; polemika odbierana jest jako forma agresji i wystarczający argument, by traktować interlokutora jako przeciwnika i niszczyć go także na innych polach. Czy obserwujemy to tylko w świecie nauki? Spójrzmy na spory polityczne lub prowadzone debaty telewizyjne na tematy chociażby katastrofy smoleńskiej, budżetu państwowego i wiele innych. Wychodząc z pozycji różnych stanowisk, rozmówcy, zamiast trzymać się logicznej linii wywodu, coraz bardziej „nakręcają” się wzajemnie. Stopniowo odsuwają na bok rzeczowe przesłanki, za to coraz mocniej (i zwykle głośniej) obrzucają się epitetami. Po przeprowadzonej debacie nieraz nie są nawet w stanie podać sobie ręki! Podobne reakcje obserwowane są dość powszechnie – na konferencjach naukowych, na uczelniach, lecz i pod dachem wielu polskich domów. Reakcje uczuciowe biorą górę nad rozumem. Jest to nasze poważne, narodowe nieuporządkowanie, z którym musimy – i to szybko – coś zrobić. Dlatego w pełni rozumiem zażenowanie prof. Duławy, kiedy został zderzony z niemeryto-

rycznym oskarżeniem. Podobnie podpisuję się pod jego stwierdzeniem, że „problem jest bardzo istotny”.

Nie całkiem jednak podzielam jego opinię w drugiej kwestii. Na pytanie, „czy istnieje coś, co można nazwać powołaniem do zawodu lekarza?”, autor odpowiada początkowo „nie wiem”, później jednak oscyluje w kierunku odpowiedzi negatywnej: „Nie czuję się powołany. Czuję się zobowiązany” – konkluduje. Wszystko uzależnione jest od tego, co rozumie się pod terminem „powołanie” oraz kto jest podmiotem wykonywania danej profesji – człowiek wierzący czy niewierzący. Wyjdźmy od kryterium drugiego. Patrząc z punktu widzenia osoby wierzącej, właściwie każdy zawód i jakakolwiek funkcja społeczna jest służbą dla innych. I nie jest istotne, czy jest nim leczenie i pielęgnowanie chorych, czy edukacja, czy sprzedawanie towarów w supermarkecie, czy też głoszenie Dobrej Nowiny. Chrześcijanin, żyd, muzułmanin we wszystkim, co napotyka, widzi „palec Boży” i wezwanie do realizacji jakiegoś dobra. I odwrotnie – człowiek niewierzący będzie podchodził do swoich zadań bez odnoszenia ich do zewnętrznego autorytetu, lecz ze zwykłego poczucia obowiązku. I jeden, i drugi mogą wykonać swoje zadania perfekcyjnie, jeśli tylko włożą w nie całe swoje serce. Używając terminologii prof. Duławy, pierwszy uczyni to z powołania, drugi – z poczucia obowiązku.

Wróćmy do kryterium pierwszego. Istnieje poszerzone znaczenie terminu „powołanie”, rozumiane jako sposób realizacji jakiegokolwiek zawodu, który ma bezpośredni wpływ na formowanie światopoglądu i życie innych ludzi. Życzliwość kierowcy autobusu, uśmiech kasjerki, cierpliwość pracownicy banku, solidność i terminowość usługodawcy (szklarza, szewca, krawca, informatyka...), jak i wiele innych drobnych pozytywnych aspektów wykonania pracy, za które nie otrzymuje się dodatkowego wynagrodzenia, czyż nie stanowi niejednokrotnie realizacji powołania tego, który spełnia daną czynność? Osobiście uważam, że powołanie nie kłóci się ze zobowiązaniem do wykonania jakiejś czynności, jak i nie kłóci się z poczuciem obowiązku. Każdy przecież jest zobowiązany do solidnego wykonania swojej pracy, nie każdy zaś jest powołany. Dlatego wyrażam pogląd, że profesja lekarza i pielęgniarki jest powołaniem, i to szczególnie, gdyż dotyczy człowieka w najbardziej granicznej jego sytuacji, jaką jest choroba i umieranie. ■



ks. Andrzej Muszala

**Dyrektor
Międzynarodowego
Instytutu Bioetyki
Uniwersytetu
Papieskiego
Jana Pawła II
w Krakowie**

Istnieje poszerzone znaczenie terminu „powołanie”, rozumiane jako sposób realizacji jakiegokolwiek zawodu, który ma bezpośredni wpływ na formowanie światopoglądu i życie innych ludzi.



**Radziław
Kordek**

Kierownik
Zakładu Patologii
oraz Katedry
Onkologii
UM w Łodzi,
konsultant
krajowy
w dziedzinie
patomorfologii

Niedoceniana dziedzina medycyny

Patomorfologia jest szczególną specjalizacją leżącą na obrzeżu medycyny klinicznej i często jest kojarzona z prosektoriami oraz scenami z filmów sensacyjnych, co skutkuje jej częstym niedostrzeganiem w systemie opieki zdrowotnej.

Kluczowa rola patomorfologii w przyżyciowym badaniu pacjentów jest dzisiaj podstawą wielu dziedzin medycyny, w szczególności onkologii, gdzie sprawna i wysokostandardowa patomorfologia warunkuje właściwą terapię i stanowi bardzo ważny element systemu opieki nad chorym. Specjalizacja z patomorfologii jest mało popularna wśród młodych lekarzy. W Polsce praktykuje ok. 360 patomorfologów, z których prawie jedna trzecia to osoby w wieku przedemerytalnym lub emeryci. W trakcie specjalizacji jest ok. 70 osób.

Ważne fakty

Aż jedna trzecia patomorfologów pracuje w województwie mazowieckim, ale tylko 4 z nich poza Warszawą. W innych dużych ośrodkach akademickich jest ich zazwyczaj 30-40. W rejonach bez takich ośrodków sytuacja wygląda dużo gorzej. W województwie warmińsko-mazurskim jest 10 specjalistów, w podkarpackim – 15, w lubuskim – 8, a w opolskim – 2. Są rejony z dużymi szpitalami, które „obsługuje” jeden patomorfolog. Widać zatem zapaść kadrową, w wyniku czego w tych województwach, niekiedy nawet w dużych wielospecjalistycznych szpitalach, dużą część diagnostyki wykonują firmy zewnętrzne z innych odległych województw. Budzi to oczywiste pytania o możliwość wykonywania wszystkich procedur (np. badania śródoperacyjne) i właściwy kontakt pomiędzy lekarzami klinicystami i patomorfologami.

Jedynym rozpatrywanym elementem w przetargach na diagnostykę patomorfologiczną jest cena usługi. Zazwyczaj koszty utrzymania własnego zakładu patomorfologii są wyższe, a opuszczone pomieszczenia szpitala może przeznaczyć na działalność leczniczą przynoszącą dochód. Tym bardziej brak motywacji do proponowania atrakcyjnych warunków placowych, które mogłyby spowodować mo-

bilność patomorfologów i przenoszenie się z dużych jednostek akademickich do innych rejonów kraju. Będziemy zatem obserwowali dalsze zmiany w tym kierunku.

Niedoskonałości i podejmowane działania

Mimo upowszechniania właściwych standardów badań, nadal w niektórych szpitalach diagnostyka odbywa się bez specjalistycznego sprzętu, w warunkach niepozwalających na uzyskanie dobrych preparatów i właściwej liczby wycinków. Co niepokoi, w takich szpitalach wykonywane są często specjalistyczne procedury onkologiczne i badanie w tych preparatach czynników rokowniczych czy predykcyjnych nie zawsze jest skuteczne. Procedury takie powinny być kontraktowane tylko w szpitalach spełniających wymogi właściwej diagnostyki patomorfologicznej. Trudno tu jednak skutecznie działać, gdyż nawet negatywna opinia konsultanta krajowego lub wojewódzkiego nie ma tak naprawdę żadnej mocy sprawczej.

Często mamy do czynienia z sytuacją, gdy pacjent ma wykonaną w ośrodku pierwotnym niestandardową diagnostykę patomorfologiczną i zgłaszając się do ośrodka onkologicznego, przywozi te preparaty i bloki do wykonania właściwej diagnostyki. Są to dodatkowe, olbrzymie koszty dla dużych specjalistycznych szpitali, nieujmowane w rozliczeniach procedur.

Wspólnie z Ministerstwem Zdrowia pracujemy nad określeniem wymogów, jakie powinny spełniać zakłady patomorfologii, aby istniały możliwości zachowania standardów wykonywania i oceny preparatów. Cały czas wdramy zalecenia dotyczące raportów patomorfologicznych, które spełniałyby wymagania współczesnej chemioterapii, chirurgii onkologicznej i radioterapii. Rozporządzenie MZ w tym obszarze jest przygotowane. Także kompetencje konsultantów krajowych i wojewódzkich mają (podobno!) ulec zmianie.

*Aż jedna
trzecia
patomorfo-
logów pracuje
w woje-
wództwie
mazowieckim,
ale tylko 4
z nich poza
Warszawą.*

Kalkulacje

Stałym problemem jest niedoszacowanie w niektórych procedurach NFZ kosztów badań histopatologicznych, co może skutkować niestandardowym postępowaniem. Klasycznym przykładem jest procedura biopsji gruboigłowej stercza w warunkach ambulatoryjnych, wyceniona na 30 pkt. (x8=240 zł), podczas gdy klasyczna biopsja sekstan-towa wymaga oddzielnego zbadania sześciu biopciatów, co kosztuje co najmniej 150-200 zł. A jeszcze koszt igły (80 zł) i koszt porady. Takich sytuacji jest więcej, także w niektórych wyskoscypalistycznych procedurach onkologicznych, gdzie współczesna histopatologia jest znacznym kosztem. Skutkuje to niekiedy pismami od klinicystów, aby odstąpić od standardowego pobierania wycinków i ograniczyć je do 1-3, co jest nieakceptowalne we współczesnej onkologii.

Stały postępowanie w dziedzinie nowoczesnej chemioterapii pociąga za sobą konieczność nie tylko szczegółowej oceny patomorfologicznych czynników prognostycznych, ale również czynników predykcyjnych. Niezbędne jest, szczególnie w onkologii, stosowanie technik immunohistochemicznych i technik biologii molekularnej. Obecny stan w tym obszarze jest niezwykle chaotyczny i nie udaje się skonstruować rozwiązania gwarantującego chorym właściwą diagnostykę patomorfologiczno-molekularną w onkologii. Dużą przeszkodą są nierefundowane przez NFZ wysokie koszty, których nie chcą także ponosić szpitale, i system uzupełniający doraźne akcje firm farmaceutycznych. Wielokrotnie postulowano włączenie kosztów tych badań specjalistycznych do kosztów programów wyskoscypalistycznych finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia lub NFZ.

Wokół sekcji

W wielu krajach Europy Zachodniej zapisano wymóg poddania badaniu sekcijnemu wszystkich zmarłych lub określonego odsetka zmarłych w jednostce leczniczej. W Polsce utrzymuje się tendencja spadkowa liczby wykonywanych

badania sekcyjnych. Należy rozważyć konieczność wprowadzenia chociażby częściowego systemu kontroli analiz przyczyn zgonów, jak też kontroli jakości badań diagnostycznych w oparciu o wyniki badań pośmiertnych.

Również w obszarze badań autopsyjnych obserwujemy zjawisko zlecania ich firmom zewnętrznym. W ostatnich latach narasta liczba zakładów pogrzebowych świadczących usługi w postaci sekcji zwłok, co budzi wątpliwości co do celowości takich sekcji i zmniejsza liczbę sekcji lekarskich wykonywanych w obecności klinicystów i studentów. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, naukowo-lekarska sekcja zwłok nie jest elementem świadczenia zdrowotnego, gdyż nie dotyczy żywego pacjenta. W związku z tym sekcje zwłok mogą być wykonywane poza podmiotami świadczącymi działalność leczniczą (czy to jest nadal sekcja naukowo-lekarska? czemu służy?). Jednak jeśli sekcja zwłok jest wykonywana w podmiocie leczniczym, może być uznana za działalność leczniczą w szerokim rozumieniu tego słowa. Takie „salomonowe” stanowisko w tej sprawie uzyskałem z Ministerstwa Zdrowia, jednak aktualny stan prawny wymaga chyba rewizji.

Niedoskonałe prawo

Zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym dokumentacji medycznej, preparaty cytologiczne i histopatologiczne oraz bloki parafinowe nie stanowią wymienionej tam dokumentacji medycznej. Jest to niepokojąca luka prawna, gdyż w dobie olbrzymiego postępu w diagnostyce i terapii, określaniu czynników predykcyjnych i pojawiania się nowych leków „celowanych”, dostęp do tych materiałów jest bardzo ważny dla chorych. Nie bez znaczenia jest także możliwość weryfikacji rozpoznania, gdyż błędne diagnozy nie są wyjątkową rzadkością, a ponadto pojawiają się nowe klasyfikacje o istotnych wartościach rokowniczych i predykcyjnych. Zakłady patomorfologii tradycyjnie archiwizują te materiały i mam nadzieję, że kolejne monity w tej sprawie spowodują uzupełnienie takiego zapisu. ■

Zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym dokumentacji medycznej, preparaty cytologiczne i histopatologiczne oraz bloki parafinowe nie stanowią wymienionej tam dokumentacji medycznej.

Konkurs Fotograficzny "Okiem Eskulapa"



Zapraszamy do udziału w III Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym Lekarzy organizowanym przez Śląską Izbę Lekarską w Katowicach.

Tematy konkursu:

- Lekarz, pacjent - współodczuwanie
- Zwierzęta wokół nas
- Detal w architekturze

Termin nadsyłania prac upływa 31 marca 2013 roku.

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej: <http://www.izba-lekarska.org.pl>

Lidia
Sulikowska

Onkologia do poprawki

Eksperci z dziedziny onkologii alarmują, że potrzebna jest reforma systemu opieki nad chorymi na nowotwory. Zwracają uwagę na problem z jakością leczenia, niewłaściwą wycenę świadczeń, zbyt duże rozproszenie placówek i brak strategii do walki z rakiem.

Liczba chorych na nowotwory systematycznie wzrasta. Obecnie jest to w naszym kraju druga przyczyna zgonów, zaraz po chorobach sercowo-naczyniowych, ale szacuje się, że za kilkanaście lat największym zabójcą Polaków będzie rak. To tendencja ogólnosiwiatowa, szczególnie w krajach starzejących się, nie jesteśmy więc wyjątkiem. – Niepokojące i wyjątkowe jest to, że nie mamy narodowej strategii walki z chorobami nowotworowymi. To, co jest obecnie w Polsce, to głównie działania doraźne i interwencyjne. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, który w ostatnich latach łała największe niedobory w systemie, kończy się w 2014 r., a prac nad nową wersją na kolejne lata dotychczas nie rozpoczęto. Jest to o tyle niepokojące, że przygotowanie

poprzedniego programu zajęło kilka lat. A wskaźniki 5-letnich wyleczeń są u nas niższe o 10 punktów procentowych od średniej dla Unii Europejskiej – mówi prof. Jacek Jassem, przewodniczący zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO).

Źródło problemów

Okazuje się, że problemem polskiej onkologii jest nie tylko brak pieniędzy. Skuteczność walki z rakiem wynika także z jakości udzielanych świadczeń medycznych, w tym zastosowania optymalnej terapii, właściwej organizacji badań przesiewowych czy właściwego zarządzania posiadanymi środkami. Lista spraw do poprawienia jest jednak bardzo długa, począwszy od zbyt późnego rozpoznawania choroby, zagubienia pacjenta w systemie, na niewłaściwym leczeniu kończąc. – Nie chodzi tylko o to, że jest źle, bo jest biednie. Inne dziedziny medycyny jakoś sobie radzą. Trzeba jednak nadać walce z nowotworami priorytet i stworzyć spójną koncepcję działania. Obecnie system opieki onkologicznej szwankuje, a poszczególne działania są niesynchronizowane. Przykładem są programy badań przesiewowych, które nie dały populacyjnego efektu, bo zapomniano, że nie wystarczy zorganizować badania, ale należy też poinformować o nich społeczeństwo i zachęcić ludzi do zgłaszania się. Często również widzimy „zagubienie” chorego już po rozpoznaniu nowotworu – nie jest on prowadzony jak po sznurku w systemie, lecz błądzi, musi radzić sobie sam – ocenia prof. Jassem.

Zdaniem czołowych ekspertów z dziedziny onkologii jedną z największych przyczyn wadliwego funkcjonowania opieki onkologicznej jest zbyt nie rozproszenie świadczenia usług. Pojedyncze świadczenia są realizowane w zbyt wielu miejscach, a brakuje kompleksowego podejścia do pacjenta. – Ta choroba ma wiele wymiarów, a walka z nią musi być racjonalnie zaplanowana. Dlatego coraz więcej chorych wymaga konsultacji i leczenia w ośrodku wielospecjalistycznym, w którym jest onkolog kliniczny, radioterapeuta, chirurg onkolog oraz psycholog. Jeśli chory nie wymaga wielodyscyplinarnego podejścia, leczenie można przeprowadzić w innych placówkach, ale i one powinny spełniać podstawowe

– Na polecenie ministra zdrowia, dyrektor COI oraz IHiT wraz z konsultantem krajowym ds. onkologii przygotowali w połowie 2012 r. ankietę mającą na celu zinventaryzowanie krajowej bazy lecznictwa w zakresie onkologii i hematologii. Do niemal 400 ośrodków wysłano pytania na temat posiadanych możliwości i rodzajów oraz liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresu wszystkich specjalności onkologicznych. Okazało się, że na jedno województwo przypada zazwyczaj jeden ośrodek wielodyscyplinarny, a w części województw jest zbyt duże nasycenie placówkami monospecjalistycznymi (np. woj. śląskie). Ponadto zauważono, że wiele ośrodków nie kontraktuje ambulatoryjnego leczenia (jedynie prowadzi leczenie w warunkach hospitalizacji) i nie prowadzi działań profilaktycznych. Było też spore zróżnicowanie w zakresie liczby specjalistów w dziedzinach onkologicznych, brakowało pielęgniarek onkologicznych i specjalistów ds. żywienia. Zdarzało się też, że niektórzy specjaliści byli zatrudniani w kilku ośrodkach jednocześnie.

Prof. Maciej Krzakowski,
konsultant krajowy
w dziedzinie onkologii klinicznej

*Obecnie
sposób
leczenia
zależy często
od tego,
do jakiego
specjalisty
uda się
choremu
dostać.*

wymogi jakościowe. Obecnie sposób leczenia zależy często od tego, do jakiego specjalisty uda się choremu dostać, bez pochylenia się nad nim przez wielodyscyplinarny zespół. Trudno tu o zachowanie powszechnie przyjętych standardów współczesnego postępowania. W niektórych krajach konsyliarny sposób podejmowania decyzji jest wręcz warunkiem refundacji procedur leczniczych w onkologii – informuje przewodniczący PTO.

Zdaniem prof. Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego z onkologii klinicznej, właśnie kwestia jakości leczenia pacjentów pozostawia w naszym kraju wiele do życzenia. – Często zdarza się, że pacjent z konkretną jednostką chorobową jest leczony w zupełnie inny sposób niż zalecenia akceptowane przez międzynarodowe środowiska onkologiczne. Oczywiście potrzebna jest indywidualizacja postępowania, ale zasady to fundament. Ośrodki onkologiczne powinny mieć obowiązki prowadzenia analizy liczby niepowodzeń lub obserwacji przeżyć chorych, co powinno być jednym z warunków kontraktowania świadczeń – ocenia prof. Krzakowski.

Jakość w sieci

Eksperti reprezentujący środowisko onkologiczne uważają, że w rozwiązaniu problemów mogłaby pomóc zmiana w finansowaniu świadczeń w połączeniu z wprowadzeniem referencyjności ośrodków zajmujących się leczeniem chorych na nowotwory. Proponuje się wyróżnienie trzech poziomów referencyjnych, z wysokospecjalistycznym na czele (obejmującym kompleksowe postępowanie w zakresie profilaktyki, pełnej diagnostyki i leczenia nowotworów, a także obserwacji, rehabilitacji i opieki paliatywnej). Placówki najwyższego stopnia miałyby priorytet w kontraktowaniu usług z NFZ, a wycena poszczególnych świadczeń byłaby zależna od stopnia referencyjności. – Kompleksowa diagnostyka i leczenie nowotworu w wysokospecjalistycznym ośrodku onkologicznym

musi kosztować więcej niż realizacja „kontraktu onkologicznego” w wąskoprofilowej placówce służby zdrowia. Jednostki wysokospecjalistyczne muszą m.in. zatrudniać specjalistów z wielu dziedzin medycyny i zapewnić pełny zakres specjalistycznych linii dyżurowych. A dziś taką samą cenę za świadczenie dostaje jednostka, która wykonuje tylko wybrane procedury, nieposiadająca całej infrastruktury szpitalnej z intensywną terapią i specjalistycznymi laboratoriami diagnostycznymi – wyjaśnia prof. Krzysztof Warzocha, dyrektor Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii.

Ponadto, aby system działał w oparciu o najlepszą jakość, wielospecjalistyczne centra onkologiczne powinny być zintegrowane w jednej, spójnie działającej sieci, na której czele miałyby stanąć Narodowe Centrum Raka (NCR). – Nie trzeba przy tym tworzyć zupełnie nowego tworu, w sposób naturalny jego bazą powinno być Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, przy wsparciu autorytetów w dziedzinie onkologii z innych ośrodków – mówi prof. Jacek Jassem. Do zadań takiej jednostki należałoby m.in. opracowywanie wytycznych do profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów, inicjowanie modyfikacji katalogu świadczeń gwarantowanych przez NFZ, raportowanie o stanie epidemiologicznym w zakresie chorób nowotworowych w Polsce oraz skuteczności leczenia. – Ciałem doradczym i opiniodawczym dla ministra zdrowia w przedmiotowych obszarach powinna być Krajowa Rada ds. Onkologii i Hematologii, której członków powinien powoływać i odwoływać minister spośród krajowych i wojewódzkich specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, hematologii, radioterapii, chirurgii onkologicznej i innych pokrewnych dziedzin medycyny – dodaje z kolei prof. Krzysztof Warzocha, dyrektor COI i IHiT. W poprawieniu jakości leczenia miałyby pomóc uszczelnienie obowiązującego od lat 60. ubiegłego wieku rejestru zachorowań na nowotwory

Eksperti reprezentujący środowisko onkologiczne uważają, że w rozwiązaniu problemów mogłaby pomóc zmiana w finansowaniu świadczeń w połączeniu z wprowadzeniem referencyjności ośrodków zajmujących się leczeniem chorych na nowotwory.

Komisja Europejska zaleca wszystkim krajom członkowskim opracowanie do końca 2013 r. strategicznych planów dla onkologii.

i wprowadzenie sformalizowanej oceny efektów leczenia. – W ten sposób stworzylibyśmy system monitorowania jakości, czyli leczenia pacjentów zgodnie ze standardami postępowania. W onkologii dziecięcej taki nadzór nad pacjentem świetnie się sprawdza, więc powinniśmy to przenieść także na grunt leczenia dorosłych – przekonuje prof. Maciej Krzakowski i dodaje, że w całej tej strukturze nie wolno zapominać o ośrodkach akademickich. W podobnym tonie wypowiada się także prof. Marek Krawczyk, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – Ich rola zarówno w rozwoju onkologii, jak i utrzymaniu jakości leczenia, jest ogromna. Onkologia to nie tylko działania praktyczne, ale także nauka. Uczelnie medyczne muszą posiadać także ośrodki onkologiczne z możliwością wielospecjalistycznego leczenia. Obecnie jednak nie wszystkie akademickie ośrodki posiadają w swojej strukturze pełnoprofilowe jednostki onkologiczne, szczególnie w przypadku radioterapii są duże niedobory – alarmuje prof. Krawczyk.

Warto również zaznaczyć, że sama referencyjność nie wystarczy, także wiele obecnie działających ośrodków onkologicznych powinno poprawić zarządzanie oraz ponownie przyjrze się wycenie świad-

czeń. – Apeluję, aby i lekarze, i dyrektorzy szpitali oraz pracownicy narodowego płatnika razem usiedli i ustalili, co jest niedofinansowane, a gdzie pieniądze są wydawane niepotrzebnie. Moim zdaniem absurdalna jest np. praktyka realizacji wielu procedur w warunkach szpitalnych, nikt na świecie tego nie robi, bo to ogromnie podnosi koszty. U nas nie stworzono warunków do hotelowego pobytu chorych w czasie leczenia, co byłoby znacznie tańsze niż pobyt w szpitalu. Z drugiej strony szpital chce utrzymać taką sytuację, bo to ratuje budżet jednostki w sytuacji, kiedy inne procedury są niedoszacowane. Te pieniądze muszą zostać w systemie, ale powinny być lepiej wydane – na właściwą wycenę procedur, rozwój infrastruktury oraz innowacyjne metody diagnostyki i leczenia – apeluje przewodniczący PTO.

Dzieje się!

Pomysł na uzdrowienie polskiej onkologii istnieje, co więcej, jest duża szansa na wprowadzenie zmian. – W Ministerstwie Zdrowia wiosną 2012 r. rozpoczęto wspólnie ze środowiskami onkologicznymi prace związane ze zmianą warunków kontraktowania świadczeń z zakresu onkologii. Zbadano także, jak obecnie wygląda baza ośrodków onkologicznych. Obecnie trwają prace w NFZ nad przygotowaniem stosownego rozporządzenia o warunkach kontraktowania świadczeń w zakresie onkologii, hematologii, radioterapii, chirurgii onkologicznej, które ma uwzględnić referencyjność i kompleksowość świadczonych usług – relacjonuje prof. Warzocha.

Zdaniem PTO brakuje jeszcze narodowej strategii do walki z rakiem, która określiłaby priorytety działań zarówno władzy publicznej, jak i wszystkich instytucji mających wpływ na zwalczanie nowotworów, począwszy od służb sanitarno-epidemiologicznych, bezpieczeństwa i higieny pracy, poprzez wczesne wykrywanie, diagnostykę i leczenie, aż po działalność opieki społecznej. Komisja Europejska w dokumencie przygotowanym w ramach European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC) zaleca wszystkim krajom członkowskim opracowanie do końca 2013 r. strategicznych planów dla onkologii, które skutkować będą zmniejszeniem liczby zachorowań oraz wyrównaniem dostępu do leczenia. – Wagę problemu dostrzegła UE, czas więc i na nas. Strategia musi zostać wdrożona. PTO proponuje współpracę nad jej ostatecznym kształtem, czekamy tylko na sygnał z ministerstwa – informuje prof. Jacek Jassem. Na temat kierunków zmian w organizacji polskiego systemu opieki onkologicznej rozmawiano na posiedzeniu senackiej komisji zdrowia w połowie grudnia 2012 r. Wcześniej środowiska onkologiczne także wielokrotnie zwracały uwagę na tę kwestię. Obecny na spotkaniu w senacie podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Krzysztof Chlebus, zadeklarował, że resort będzie się angażować w opracowanie strategii i zaprasza całe środowisko onkologiczne do współpracy w tym zakresie. Co z tego wyjdzie, zobaczymy. ■

Spółka nie załatwi wszystkiego

Coraz więcej podmiotów tworzących SPZOZ-y podejmuje decyzję o przekształceniu swoich szpitali w spółki prawa handlowego. Co więcej – rok 2013 ma być rekordowy pod tym względem. Powodem przekształceń zazwyczaj są długi, ale czy zmiana formy prawnej rzeczywiście wystarczy do poprawy kondycji finansowej tych placówek?

Dotychczas udało się przekształcić w spółki kapitałowe ponad 140 szpitali publicznych¹, w tym w ramach ustawy o działalności leczniczej – 18. Średnio, począwszy od 1999 r., rocznie przekształcanych było od kilku do kilkunastu szpitali. Najwięcej decyzji o likwidacji SPZOZ-ów i powołaniu w ich miejsce spółek podjęto w powiatach, mniej dotyczyło województw oraz gmin. W ubiegłym roku po raz pierwszy doszło także do przekształcenia szpitala publicznego, którego podmiotem tworzącym jest jednostka centralna, a nie samorządowa².

Zdrowie na kredycie

Okazuje się jednak, że kurcząca się liczba SPZOZ-ów nie idzie w parze ze zmniejszaniem się wartości zobowiązań tych placówek ogółem, choć – jak mogłoby się wydawać – im mniejsza liczba szpitali publicznych, tym mniejszy powinien być ich całkowity dług, szczególnie że przekształcane są w głównej mierze placówki ze zobowiązaniami. Całkowite zadłużenie publicznej służby zdrowia wzrosło tymczasem po III kwartałach 2012 r. do 10,7 mld zł w porównaniu z 9,96 mld zł „osiągniętymi” po III kw. 2011 r. Zobowiązania wymagalne SPZOZ-ów wyniosły na koniec września 2012 r. ponad 2,7 mld zł w porównaniu do 2,39 mld zł w analogicznym okresie roku 2011. W poprzednich latach wartość zobowiązań wymagalnych utrzymywała się na podobnym poziomie (2,25 mld zł w 2010 r., 2,34 mld zł w 2009 r., 2,37 mld w 2008 r.)³. W Polsce działa obecnie około 550 szpitali, dla których organem tworzącym jest podmiot publiczny, z czego – jak podaje Ministerstwo Zdrowia – większość (369 jednostek) ma zobowiązania wymagalne. – Zadłużenie głównie występuje w szpitalach publicznych, bo wykonują misję społeczną. Dyrektorzy tych szpitali podpisują kontrakty nawet w wypadku, gdy koszt świadczenia przekracza zapłatę z NFZ. Jednocześnie zmuszone są one przyjmować chorych w każdym przypadku zagrożenia życia lub zdrowia i to jest przyczyna powstawania tzw. nadwykonń, które są po prostu niezapłaconymi procedurami medycznymi – uważa Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej właściele SPZOZ-ów, które zakończyły 2012 r. na minusie (wynik finansowy plus amortyzacja), będą musiały w ciągu trzech miesięcy od zatwierdzenia finansowego sprawozdania rocznego (powinno się to uczynić do końca czerwca br.) spłacić „wypracowaną” stratę lub w ciągu następnych 12 miesięcy przekształcić zadłużony szpital w spółkę kapitałową lub jednostkę budżetową albo go zlikwidować. Wydaje się więc, że przekształcane będą kolejne placówki. Z informacji przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w 2013 r. zmianę formy prawnej już zadeklarowano w 50 kolejnych publicznych szpitalach. Ale czy zmiana organizacji prawnej pomoże uleczyć sytuację finansową?

Nie robi się samo

Przekształcenia są kuszące dla właścicieli SPZOZ-ów z długami, bo mogą dzięki tej decyzji skorzystać z pomocy finansowej budżetu państwa na pokrycie części zobowiązań. Przypomnijmy, że w ramach samego Planu B (lata 2009-2011) w sumie wydano na ten cel około 700 mln zł. Dotacje przewidziano również teraz – w ramach przekształcenia zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Oczywiście nie ma gwarancji, że odciążenie choćby z części długu spowoduje, że szpital rozwiąże problemy finansowe. Tak samo nie ma gwarancji, że inna forma prawna uzdrowi automatycznie sytuację danej placówki. Zdaniem Marka Wójcika, zastępcy sekretarza generalnego Związku Powiatów Polskich, za spółką przemawia to, że taka forma prawna daje narzędzia umożliwiające skuteczniejsze utrzymanie reżimu finansowego. – Gdyby mnie ktoś zapytał, czy wolę być prezesem zarządu szpitala czy dyrektorem SPZOZ, to oczywiście wybrałbym pierwsze rozwiązanie. Szpitalną spółką można elastyczniej zarządzać, dynamiczniej wprowadzać zmiany i nadzorować codzienną działalność. Poza tym obserwuję, że kierujący spółkami bardzo szybko dostosowują zarządzanie szpitalami do reguł rynkowych. Z jednej strony intensywnie poszukują dodatkowych źródeł przychodu (zarówno poprzez poszerzenie zakresu usług, jak i prowadzenie działalności komercyjnej), a z drugiej skrupulatniej

*Okazuje się,
że kurcząca
się liczba
SPZOZ-ów
nie idzie
w parze ze
zmniejszaniem
się wartości
zobowiązań
tych placówek
ogółem.*

szukają oszczędności i odważniej podejmują działania restrykcyjne. Oczywiście skutecznie zarządzać można także SPZOZ-em, i takie dobre praktyki w wielu miejscach spotykam. Ale w formule spółki o wiele łatwiej jest dokonywać niezbędnych zmian, dostosowujących zakres świadczeń do rzeczywistych potrzeb oraz stabilizujących sytuację ekonomiczną szpitala. Najważniejsza w tym wszystkim jest dobra współpraca pomiędzy właścicielem a kierującymi szpitalem – uważa Marek Wójcik. Trzeba jednak pamiętać, że samo przekształcenie może okazać się niewystarczającą terapią do uchronienia szpitala przed długami. Na problem ten zwróciła uwagę jeszcze w grudniu 2011 r. Najwyższa Izba Kontroli, która już wówczas podkreślała, że przekształcenie w spółkę prawa handlowego może poprawić zarządzanie placówką, ale nie zastąpi konsekwentnej restrukturyzacji jednostki. Są także inne problemy, z którymi zmagać się musi zarówno SPZOZ, jak i spółka.

Inna perspektywa

Zdaniem Marka Wójcika z ZPP to czynniki zewnętrzne są dominującą przyczyną generowania strat wśród szpitali. – Szpitale działają w niestabilnym pod względem prawnym środowisku. Z dnia na dzień dowiadują się o kolejnych zarządzeniach NFZ na temat nowych standardów zatrudniania i wyposażenia, niezbędnych, aby otrzymać kontrakt. Trzeba także dokonać przeglądu wyceny procedur medycznych, aby wyeliminować te przeszacowane, jak np. część kardiologicznych, i podnieść wycenę tych nieoszacowanych, np. w opiece długoterminowej czy pediatrii⁴. System opieki zdrowotnej musi być finansowany racjonalnie, tylko wtedy jest szansa na uniknięcie długów – relacjonuje Marek Wójcik. Na brak stabilizacji zwracają uwagę także przedstawiciele zarządu Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.⁵. – Z jednej strony z kwartału na kwartał podejmowane są decyzje skutkujące wzrostem kosztów funkcjonowania szpitali, np. dodatkowe ubezpieczenia, wzrost podatków, kolejne wymogi NFZ w zakresie wymaganego sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu, szczególnie trudne do spełnienia w ośrodkach, gdzie nie ma zaplecza w postaci uniwersytetów medycznych, wyposażenia oddziałów itp. Z drugiej strony, kontrakty są zmniejszane. Tego nie można pogodzić – oceniają. – W pierwszych latach po przekształceniu PZOZ generował wysokie straty. W 2010 i 2011 r. spółka była bliska zbilansowania się mimo np. niezapłacenia części nadwykonań w 2011 r. Poprawa wyników była efektem zarówno działań optymalizujących koszty, jak również możliwości zwiększania przychodów w przypadku niektórych oddziałów. Natomiast w roku 2012, na skutek niezależnego od szpitala wzrostu kosztów oraz niezapłacenia w całości nadwykonań PZOZ zakończy stratą na poziomie przewyższającym odpisy amortyzacji – dodają.

Maciej Hamankiewicz uważa, że sytuację szpitali może poprawić jedynie jasny, przejrzysty system z budżetowymi szpitalami dla najuboższych, siecią szpitali ratunkowych opłacanych również z budżetu i jasno określony pozostały koszyk świadczeń finansowanych ze środków publicznych. – Wszystkie świadczenia spoza wymienionych powinny być finansowane z ubezpieczeń dodatkowych lub z kieszeni pacjenta, albo ze środków organizacji charytatywnych bądź sponsorów – podkreśla prezes NRL. ■

*Zdaniem
Marka Wójcika
z ZPP,
czynniki
zewnętrzne są
dominującą
przyczyną
generowania
strat wśród
szpitali.*

¹ Od 1 stycznia 1999 r. do 9 stycznia 2013 r.

² 2 listopada 2012 r. minister zdrowia dokonał przekształcenia w spółkę podmiotu, dla którego jest organem tworzącym – Specjalistycznego Centrum Medycznego w Polnicy-Zdroju.

³ Dane: Ministerstwo Zdrowia

⁴ Prezes NFZ, Agnieszka Pachciarz, po objęciu funkcji zapowiedziała podjęcie prac nad wyceną procedur. Jesienią 2012 r. rozpoczęto, wspólnie ze środowiskiem pediatrów, prace nad właściwą wyceną procedur pediatrycznych. Przypomnijmy, że także Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wezwało (30 listopada u.br.) ministra zdrowia do spowodowania właściwej wyceny procedur. Dotyczy to większości świadczeń, w tym szczególnie wrażliwych, czyli dotyczących leczenia dzieci.

⁵ Szpital przekształcono z SPZOZ w spółkę w latach 2006-2007, powodem było zadłużenie placówki.

Maria
Domagała

Grecja

– zły system w trakcie zmian

Głęboki kryzys, z jakim od kilku lat boryka się Grecja, wymusza trudne reformy także w systemie ochrony zdrowia. Można o nim powiedzieć, że jest jednym z najgorzej działających w całej Unii Europejskiej. W 2012 r. podjęto kroki naprawcze.

Od 1983 r., gdy stworzono narodowy system zdrowia (gr. ESY), reformy podejmowano kilkakrotnie, lecz nie powstał spójny system opieki zdrowotnej. Jest on scentralizowany i jednocześnie chaotyczny i nieskoordynowany, z dublującymi się działaniami różnych segmentów. Cierpi na brak planowania, jasnych zasad finansowania, refundacji i mechanizmów ograniczających koszty, pęta go biurokracja. Nie ma narzędzi oceny potrzeb zdrowotnych ludności i ustalania priorytetów; dostęp do usług jest nierównomierny, poziom dopłat pacjentów – oficjalnych i nieoficjalnych – wysoki i poza kontrolą, co w połączeniu z powszechnym niepłaceniem podatków sprzyja szarej strefie i korupcji.

Działa kilka odmiennie zorganizowanych i w różny sposób uregulowanych podsystemów charakteryzujących się przestarzałą kulturą organizacyjną opartą na medycynie klinicznej i świadczeniach szpitalnych. Podstawowa opieka zdrowotna – główny trzon nowoczesnych systemów ochrony zdrowia – w Grecji jest rozwinięta słabo i zaniedbywana. To samo można powiedzieć o zdrowiu publicznym.

Z 30 funduszy powstaje 1 organizm

Środki, jakie Grecja przeznacza na ochronę zdrowia, pochodzą z następujących źródeł:

- ubezpieczenia – obowiązkowe pracownicze i prywatne dobrowolne,
- podatki,
- opłaty pacjentów, w tym oficjalne współpłacenie za leki, analitykę i usługi ponadstandardowe, usługi nieobjęte ubezpieczeniem oraz różne opłaty nieformalne, np. skracające oczekiwanie na zabieg.

Fundusze ubezpieczeniowe pokrywały 31 proc. całkowitych wydatków na zdrowie, podatki stanowią 29 proc., zaś finansowanie prywatne – prawie 40 proc., czyli bardzo dużo (w Europie więcej wydają tylko Szwajcarzy).

System ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje 97 proc. greckiej populacji. Do 2012 r. składał się z 30 funduszy zasilanych ze składek, których wysokość w każdym z nich była inna. Oferowały własne pakiety ubezpieczeniowe, różne pod względem wachlarza świadczeń

refundowanych i stopnia refundacji. Obywatel nie mógł wybrać funduszu, bo był przypisany do któregoś przez wzgląd na swój zawód lub charakter pracy.

Od 1 stycznia 2012 r., zgodnie z przyjętym planem naprawczym, działa Krajowa Organizacja ds. Usług Zdrowotnych (gr. EOPYY), która ma połączyć fundusze w jeden organizm. Przejmuje ona ich zobowiązania wobec ubezpieczonych, wprowadza uśrednione składki, porządkuje i ujednolica zasady funkcjonowania. Proces ten potrwa zapewne kilka lat.

Jak było i co się zmieni

W wyniku dotychczasowych prób niekonsekwentnych reform poszczególne obszary usług zdrowotnych znalazły się w zasięgu różnych źródeł finansowania. I tak np. budżet państwa z podatków utrzymywał terenowe ośrodki i punkty zdrowia, szpitale publiczne, ratownictwo medyczne, finansował duże inwestycje i kształcenie kadr medycznych, a nawet udzielał subsydiów funduszom ubezpieczeniowym. Duże fundusze ubezpieczeniowe miały własne placówki medyczne – polikliniki i miejskie centra zdrowia. Prywatne szpitale, głównie ogólne i położnicze, najczęściej na kontraktach z prywatnymi ubezpieczalnymi, rzadziły się swoimi prawami. Prywatne centra diagnostyczne i praktyki specjalistów często, lecz nie zawsze, współpracowały z prywatnymi ubezpieczalnymi. Świadczenia zdrowotne jednego rodzaju w ramach państwowego systemu często były realizowane w sposób fragmentaryczny, przez podmioty należące do różnych kategorii: i przez placówki publiczne, i przez placówki ubezpieczalni, i przez świadczeniodawców prywatnych mających kontrakty z funduszami, a także niemających, oraz przez organizacje pozarządowe (kościół). Ten stan rzeczy stwarzał chaos i utrudniał dostęp do usług.

Z jednej strony grecki pacjent może korzystać z dowolnej instytucji publicznej. Ponieważ jednak nie działa zasada referencyjności, każde świadczenie chory może uzyskać wszędzie; w efekcie często trafia do szpitala, podczas gdy mógłby mu pomóc lekarz ogólny w ośrodku zdrowia.

W założeniu system miał być powszechny i równy. Tak jednak nie było z powodu różnic między ofertą poszczególnych ubezpieczycieli i braku możliwości wyboru funduszu. Zamożni, których stać na płaconie za świadczenia i na prywatne ubezpieczenie, mogą korzystać z szerokiego wyboru ekskluzywnych usług.

Celem EOPYY jest zracjonalizowanie systemu. Wdrażane są nowoczesne mechanizmy mające zapewnić dostarczanie kompleksowych świadczeń na czytelnych zasadach i zagwarantować równy dostęp. Poszczególne czynności medyczne (recepty, skierowania, badania diagnostyczne, zabiegi) mają być objęte systemem elektronicznym zarówno w placówkach państwowej służby zdrowia, jak i innych, które podpisały umowy z EOPYY. Recepty elektroniczne już teraz stanowią 90 proc. wszystkich recept, dzięki czemu na bieżąco dostarczane są informacje potrzebne do monitorowania i oceny systemu. Postępuje też wdrażanie innych mechanizmów, jak aktualizacja cen leków i listy leków refundowanych.

Pacjent dopłaca niemal do wszystkiego

W Grecji mimo deklarowanej bezpłatnej opieki zdrowotnej, w niektórych ośrodkach zdrowia (miejskich)

obowiązuje opłata za wizytę u lekarza POZ (3 euro, ale rozważa się jej zwiększenie). W miastach w godzinach popołudniowych w placówkach publicznych za świadczenia trzeba płacić od 25 do nawet 90 euro. Publiczna opieka szpitalna jest bezpłatna, ale za pewne jej elementy, jak np. lepsze warunki pobytu, niektóre leki, badania laboratoryjne i diagnostyczne trzeba zapłacić. Największa część dopłat pacjenta przypada na opiekę stomatologiczną – 30 proc.

Opłaty za poradę lekarzy publicznych stymulują mnożenie wizyt – tylko w celu zwiększenia ich zarobku. Fakt, że stawki są niskie, powoduje rozpowszechnienie dodatkowych opłat nieformalnych. 36 proc. uczestników jednego z badań przyznało się do co najmniej jednej nieformalnej opłaty – czasem na wyraźne żądanie lekarza lub w obawie przed złą jakością usług.

Za leki na receptę wszyscy ubezpieczeni płacą 25 proc. Leki przeciwnowotworowe, na cukrzycę, padaczkę, hemofilię, SM, choroby psychiczne są bezpłatne. Opłata 10 proc. obowiązuje emerytów i chorych przewlekłe (np. na chorobę wieńcową, osteoporozę, astmę, gruźlicę, parkinsonizm).

Kadr jest za dużo, ale... za mało

Opiekę podstawową świadczą terenowe i miejskie ośrodki zdrowia. Jeden ośrodek obsługuje 10-30 tys. ludności. Z powodu nieistnienia mechanizmu referencyjności każdy ośrodek jest zarazem placówką POZ i specjalistyczną. W 200 państwowych terenowych ośrodków zdrowia 80 proc. lekarzy to specjaliści: pediatrzy, ginekolodzy, radiolodzy, dentyści i in. Wielkim problemem jest w nich blisko 50-procentowy deficyt personelu. Dobrze funkcjonują tylko centra w miastach, niektóre ośrodki na prowincji lekarz odwiedza raz w tygodniu. Z ich usług korzystają głównie starsi, lecz trudności komunikacyjne (góry, wyspy) bywają nie do pokonania.

Opiekę podstawową w miastach świadczą poradnie przy szpitalach publicznych. Działają też ok. 25 tys. prywatnych gabinetów. Ich usługi są kontraktowane przez fundusze, ale również są świadczone na zasadach prywatnych. Świadczenia rehabilitacyjne i laboratoryjne wykonują głównie podmioty prywatne.

Pracownicy ochrony zdrowia to 4 proc. wszystkich zatrudnionych. Lekarzy (2006: 60 tys.) jest najwięcej spośród krajów OECD (5,35 na 1000 mieszkańców; druga jest Belgia: 4 na 1000), ale tylko 2,5 proc. to lekarze ogólni (0,31 na 1000, mniej jest tylko w Polsce: 0,16, a we Francji i Niemczech – ok. 1,5). To świadczy o zorientowaniu systemu na szpitalnictwo i o słabości podstawowej opieki. Ciekawe, że jedna trzecia lekarzy ma dyplomy bułgarskie, węgierskie, rumuńskie. Pomimo nadmiaru specjalistów – w szpitalach publicznych, zwłaszcza poza dużymi miastami, jest deficyt kadr – brakuje 4 tys. lekarzy i 15 tys. pielęgniarek. W efekcie zamykane są oddziały np. intensywnej terapii.

Jak ostatecznie będzie wyglądał grecki system ochrony zdrowia, zobaczymy za kilka lat. ■

Korzystałam z opracowań: „Health Care Systems in Transition: Greece. Health System Review 2010”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy oraz stron eur-lex.europa.eu oraz el.wikipe-dia.org/wiki/EOPYY i źródeł własnych.

W Grecji mimo deklarowanej bezpłatnej opieki zdrowotnej, w niektórych ośrodkach zdrowia (miejskich) obowiązuje opłata za wizytę u lekarza POZ (3 euro, ale rozważa się jej zwiększenie).



Od redakcji: cykl artykułów „Ochrona zdrowia w UE” otrzymał wyróżnienie w konkursie „Dziennikarz medyczny roku 2012” organizowanym przez stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia.



Joanna
Sokołowska

*Poznałam
Macieja na
swoim drugim
roku studiów,
on był wtedy
na dziesiątym.
Potem nasze
drogi rozeszły
się – ja studia
skończyłam,
on – kończył.*

Kłątwa Człowieka z Pawiem na Kolanie

Z rozrzewnieniem wspominam kolegę Macieja z akademika, który tak ładnie śpiewał Kaczmarem, że „Człowiek z pawiem na kolanie dowie się, że żyje!”. Maciej ów miał dość filozoficzne podejście do życia, nie tylko studenckiego.

Kiedy w poniedziałkowe poranki, podobni do zombie z nowozelandzkich horrorów, wyruszyliśmy na uczelnię, Maciej tłumaczył, że poniedziałek jest najlepszym dniem tygodnia – dającym nadzieję na zmiany i nowe perspektywy. – Tak dużo się nauczę, poznam tyle ciekawych osób! Może to jest pierwszy dzień mojego nowego życia? – witał Maciej nowy tydzień. Gdy z ulgą oddychaliśmy piątkowym popołudniem, Maciek wracał do akademika smutny i przygarbiony. – Znów minął tydzień – zwykł wtedy mawiać – a ja kompletnie nic nie zrobiłem... I idąc w ślady barda – „dawał w banię”... Po między poniedziałkiem a piątkiem kolega oddawał się kontemplacji nieubłagane przemijającego czasu. Ten cykl powtarzał się niezależnie od pór roku, nie zakłócały go ani przerwy wakacyjne, ani nerwowe okresy sesji egzaminacyjnych.

Poznałam Macieja na swoim drugim roku studiów, on był wtedy na dziesiątym. Potem nasze drogi rozeszły się – ja studia skończyłam, on – kończył. Później ślad po nim zaginął. Podobno pracował na kierowniczym stanowisku w dużej firmie, ale gdy ogłosiła upadłość, wyjechał z kraju. Podobno zamieszkał w Grecji, ale wrócił, bo i Grecja ogłosiła upadłość.

Gdy oglądałam noworoczną rozmowę z ministrem zdrowia, przed oczami stanęła mi zjawia kolegi z dumnym ptakiem na kolanie. A jeśli Maciej robi karierę polityczną na Miodowej 15 jako specjalista od coachingu? Wszystko nagle stało się dla mnie oczywiste – kłątwa dosięgła ministra Arłukowicza! W jego wypowiedzi pobrzmiewał przecież swojski maciejowy mol depresji końca tygodnia, już po chwili zamieniony w radosny dur poniedziałkowych uniesień! Doradcy od wizerunku wprowadzić nie pozwolili ministrowi na refleksję i zadumę właściwą maćkowym piątkom, ale mowa ciała jest jednoznaczna – rok 2012 w polskiej ochronie zdrowia poszedł w... zatracenie.

Miało być tak pięknie: pakiet ustaw, porozumienie z lekarzami, krótsze kolejki, zaoszczędzone pieniądze... Jak było naprawdę? Dwanaście miesięcy dwunastego roku odpłynęło, napelniając osoby predysponowane uzasadnioną nostalgią. Jedyne, co się naprawdę udało, to tak zwana „ustawa refundacyjna” – Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował sobie za jej pomocą część poniesionych strat. Ani niewdzięczni pacjenci, ani krnąbrni lekarze, ani nawet skrupulatni z natury farmaceuci nie spróbowali jednak nawet spojrzeć na tę oszczędność przychylnym okiem.

Dawni koledzy odwrócili się od ministra. Nie przyjęli przyjaźnie wyciągniętej pięści, ba, nawet wyśmiewali obelżywymi rysunkami z dłuuugim nosem.

Uczelnie medyczne nie wykazały właściwego entuzjazmu w podejściu do nowego modelu kształcenia młodych eskulapów, pazerne domagając się pieniędzy. Ci, którzy właśnie opuścili ich mury, nie rzucili się w wir pracy z zapalem, bo nieco starsi, choć wciąż młodzi, koledzy uświadomili im, że sezam ze specjalizacyjnymi etatami rezydentckimi wciąż pozostaje zamknięty i właśnie wkraczają na drogę, na której marzenia zostaną, niekiedy boleśnie, skonfrontowane z rzeczywistością.

Wychowanych na legendzie o słowackim Janosiku menadżerów ochrony zdrowia nie trzeba było przekonywać, że żeby nastąpiła sprawiedliwość, powinno się zabrać bogatym i oddać biednym. Z pokorą więc, choć przy nieśmiałył protestach mniej zadłużonych placówek i regionów, przystąpiono do podziałów równych i sprawiedliwych. Ideał jest blisko – już nie ma kogo rabować, co i dla Janosików, i oczekujących na pomoc jest jednak sytuacją dość frustrującą.

Jako dawna koleżanka Maćka (wielbiciela ozdobnego ptactwa) oraz baczny obserwator, chciałabym w tym miejscu uspokoić wszystkich, którzy w dowolnych interwałach czasowych doświadczają rozczarowań otaczającą rzeczywistością. A niech tam! Pana też, Panie Ministrze! Klątwa jest zjawiskiem nadprzyrodzonym i jako takie pozostaje niewytłumaczalne. Jeśli więc zdarza się Wam, że wspaniały plan, mający przynieść fantastyczne, godne noblowskiej nagrody, efekty już od pierwszego dnia potyka się o rafy ludzkiego niezrozumienia i podłości, jedno co można zrobić, to przeczekać – do jutra, do następnego miesiąca, do nowego roku, do następnych wyborów.

Na szczęście, powiecie przeklęci, zaczął się nowy, no-men omen, trzynasty rok! Ale wraz z nim nadeszła grypa. I oto ten sam wrogo ewoluujący wirus, który nie tak dawno podniósł słupki poparcia społecznego dla byłej minister Ewy Kopacz, równie skutecznie, jak podnosi temperaturę chorego ciała, ostudził entuzjazm do najmłodszego dziecka Ministerstwa i Funduszu o mile brzmiącej nazwie eWUŚ. Pacjenci z czerwonymi od kataru i złości nosami gniewnie wymachiwali dokumentami uprawniającymi ich do korzystania z pomocy, wbrew opinii eWUŚa (czy eWUSi?). Rejestratorzy i sekretarki medyczne nie dostrzegły relaksacyjnych właściwości systemu, pozwalających im na codzienną mantrę sprawdzenia uprawnień do tak zwanych świadczeń wszystkim pacjentom – noworodkom, pensjonariuszom, emerytom – choć jak powszechnie wiadomo, czynności medytacyjne poprawiają urodę i obniżają ciśnienie krwi. Lekarze, z charakterystyczną dla nich abnegacją, nie zauważyli, że oto powstała szansa na to, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych wreszcie będzie wiedział, kto i z jakiego powodu wpłaca mu pieniądze.

Aż strach pomyśleć, co przyniosą kolejne miesiące. Przecież wszystko wskazuje na to, że im fajniejszy pomysły, tym silniejsze działanie klątwy. Widmo pawia, choć to nielot, unosi się nad Ministerstwem Zdrowia! Pozostaje więc strategia przetrwania. Wszak koniec roku coraz bliżej... ■

*Uczelnie
medyczne
nie wykazały
właściwego
entuzjazmu
w podejściu do
nowego modelu
kształcenia
młodych
eskulapów,
pazerne
domagając się
pieniędzy.*



**Sławomir
Pietras**

**Dyrektor
polskich teatrów
operowych**

Stara operowa **nomenklatura**

Tak jakoś się złożyło, że mało kto wie o potomkach Bernarda Ładysza. Ten wielki polski śpiewak ożenił się stosunkowo późno, ale został ojcem dwóch udanych synów.

Starszy – Aleksander – był owocem wcześniejszego związku z Irmą Czajkowską. Matką młodszego – Zbigniewa – jest Leokadia Rymkiewicz, jedyna żona Bernarda Ładysza, również śpiewaczka. Przez te wszystkie lata udanego i szczęśliwego małżeństwa kontynuowała u boku męża karierę wokalną, śpiewając mnóstwo koncertów, duetów z małżonkiem, dokonując wielu nagrań, z których szczególnie piękne są cykle polskich kolęd.

W tej rodzinie śpiewają wszyscy, nie dorównując jednak genialnemu ojcu. Obaj synowie, obdarzeni również głosami basowymi, po rodzicielu odziedziczyli nie tylko rejestr, ale również piękną barwę. Aleksander mieszka obecnie w Krynicy i oprócz śpiewania zajmuje się impresariatem. Zbigniew, wyposażony w dwa dyplomy warszawskiej PWSM (śpiewak i organista), wyjechał do Kanady, tam założył rodzinę i kiedy tylko to możliwe, odwiedza rodziców w ojczyźnie.

Bernard Ładysz ukończył właśnie 90 lat. Los podzielił jego życie na piękne dzieciństwo i młodość w rodzinnym Wilnie, lata wojny z bronią w ręku w oddziale AK, a potem na zsyłce w lasach Kaługi. Po wojnie kształcenie głosu i śpiewanie w Reprezentacyjnym Zespole Wojska Polskiego, a następnie kilkadziesiąt lat na scenie Opery Warszawskiej i Teatru Wielkiego. Wreszcie teraz, jakże aktywne pozostawanie w tzw. stanie spoczynku.

Poza rozległym repertuarem operowym (najlepsze role stworzył w „Borysie Godunowie”, „Strasznym dworze”, „Faustie”, „Don Carlosie”, „Cyryliku sewilskim”, „Don Pasquale”, „Diabłach z Loudun”, „Skrzypku na dachu”), swą wspianą sztukę operową utrwalił w licznych, pozostających na światowym poziomie nagraniach.

Wybitni reżyserzy filmowi często zapraszali Ładysza do udziału w ich obrazach, zauroczeni osobowością, talentem i wspianym aktorstwem operowego mistrza.

W sensie artystycznym zawsze demonstrował swą niez-

ależność, fantazję i niezwykle trafne przemyślenia. Zyskał przez to miano trudnego partnera w codziennej pracy teatralnej. Ale o wszystkim tym zapominało się natychmiast, gdy kurtyna szła w górę i do akcji wkraczał charyzmatyczny, bez reszty wcielony w odgrywaną postać, wielki śpiewak Bernard Ładysz.

Przed laty swą działalność w warszawskim Teatrze Wielkim rozpocząłem od wizyty w letnim domu państwa Ładyszów w Otrębusach. Z respektu przed Mistrzem pojechałem tam z Henrykiem Czyżem, przyjacielem Ładysza jeszcze z czasów wileńskich. Od kilkunastu lat z przyczyn, których nie pora tutaj roztrząsać, ten żywy klejnot opery polskiej nie przekraczał progów swego macierzystego teatru. Wizyta udała się na tyle, że Mistrz zaakceptował przedstawione mu propozycje repertuarowe, co oznaczało jego powrót do Opery Narodowej.

Na początek postanowiłem zagrać „Krakowiaków i górali” z udziałem trzech najpotężniejszych filarów opery polskiej naszych czasów: Bogdana Paprockiego (młynarz Bartłomiej), Andrzeja Hiolskiego (woźnica Wawrzyniec) i Bernarda Ładysza (organista Miechodmuch). Wszyscy trzej od lat żyli w przyjaźni, lubili wspólnie śpiewać, często nawet żartowali z sobą za kulisami. Toteż dziarsko zabrali się do przygotowywania swych ról w reżyserii Krzysztofa Kolbergiera.

Na premierze podczas uwertury przypomniałem sobie o starym zwyczaju teatralnym dawania kopniaka przed wyjściem na scenę każdemu protagoniście. Natychmiast udałem się do garderób i jako pierwszemu udzieliłem takiego „błogosławieństwa” Ładyszowi. Idąc razem w kierunku sceny, minęliśmy na korytarzu wyraźnie zdenerwowanych Paprockiego i Hiolskiego, odzianych w stroje krakowskie sukmany. Ładysz obejrzał się za nimi i szepnął do mnie konfidentycznie: „O, popatrz, jaka to stara operowa nomenklatura!”

Od tego czasu często ze wzruszeniem myślałem, co zrobić, aby w naszej sztuce narodowej – odwrotnie niż w polityce – choć odrobinę tej starej nomenklatury nigdy nie zabrakło! ■

Recenzja

**Maciej Andrzej
Zarębski**

Książki nadesłane

Fotoalbum Katarzyny i Jerzego Samusików to 224-stronicowa publikacja książkowa, która powstała po czteroletnim okresie zbierania i opracowywania materiału dokumentacyjno-faktograficznego, dotyczącego ziemiańskich siedzib dawnej Rzeczpospolitej.



Opis trzydziestu siedmiu dworów i pałaców znajdujących się na obszarze między Niemnem a Bugiem zawarty w tym albumie potrafi zadowolić każdego czytelnika, w tym wytrawnego znawcę architektury dworskiej, a także historyka sztuki. Wartość albumu znacznie podnosi polsko-angielska edycja tekstowa. [...]

Gorąco namawiam do lektury tej pionierskiej albumowej publikacji. [...]

Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Pirogronian w mleczan

31 grudnia 2012, rano. Pokój hotelowy, telewizor włączony, pilot w ręku. Bezmyślne przełączanie kanałów.

Tak sobie patrzę. I właściwie nie słucham. Bo ani nie chcę się od byłego zapaśnika nauczyć gotować „fasolowego tiramisu”, ani zobaczyć ciekawego człowieka, który chciałby najpierw zdobyć najwyższe szczyty świata, a potem poświęcić się gotowaniu w porannych programach telewizyjnych, tak jak były zapaśnik, ani usłyszeć nowej piosenki w wykonaniu starego zespołu, ani tym bardziej starej piosenki w wykonaniu nowego zespołu. I nagle... Napis na pasku, u dołu ekranu: „Jak walczyć z noworocznym kacem? Porady lekarza”. To TVN. Przełączam na TVP2, a tam, na pasku: „Dziś Sylwester, jutro kac? Tylko u nas Bohdan Łazuka”. Oczywiście mogłem poczekać i obejrzeć, ale prawdę mówiąc wolę się domyślać niż wiedzieć. Czyli TVN postawił na teorię, a TVP na praktykę? Jedni na wiedzę, drudzy na doświadczenie? Niekoniecznie. Przecież doktor, który na temat kaca wypowiada się w TVN-ie może to zjawisko znać z autopsji. A Bohdan Łazuka być może nigdy czegoś takiego nie przeżył, tylko został poproszony o przyniesienie do studia fragmentów światowej literatury napisanej na kacu. Żeby w ten sposób zniechęcić wszystkich widzów do nadużywania alkoholu w Sylwestra. Szybko zacząłem przeskakiwać kanały w nadziei, że jeszcze trafię na napis na pasku: „Nowy Rok na kacu – refleksje laureatki Konkursu Chopinowskiego”. Już sobie wyobrażałem opowieści o tym, które utwory były skomponowane pierwotnie w wersji largo i piano, a następnie przerabiane przez kompozytora na szybsze i głośniejsze, kiedy już wracał do fizycznej formy. Czyli koło 5 stycznia.

Ja bym to łączył. Do studia zapraszałbym równocześnie lekarza i znanego artystę. I to nie dlatego, żeby wykorzystywać doświadczenie jednego

i wiedzę drugiego. Ustaliliśmy: lekarz może sam przeżyć to, o czym mówi. Artysta miałby odwracać uwagę. A lekarz nienachlanie, na granicy działania na podświadomość, przemycalby najważniejsze informacje. Artysta śpiewa, lekarz wtrąca się w piosenkę co jakiś czas. Oto propozycja (A – artysta, L – lekarz):

A: W tym przecież nie ma niczyjej winy,

Że o uczuciu nie ma już mowy,

L: Winien jest tylko niedobór glutaminy

I może trochę aldehyd octowy.

A: Los mi samotność przeznaczył na siostrę,

I ciszę straszną, jak po cięciu miecza,

L: Jeszcze apatię, i jeszcze światłowstręt,

I przekształcony pirogronian w mleczan.

W poczekalniach do pediatrów, gabinetach stomatologów dziecięcych pełno jest zabawek, kolorowanek, kredek. Dlaczego nie dba się o to, żeby takie odwracające uwagę elementy znajdowały się również w miejscach, do których przychodzą dorośli pacjenci? Zwłaszcza mężczyźni, którzy, jak wiadomo, są delikatniejsi, mniej odporni na ból i stres, po prostu kruchsi. Na przykład, gdyby przy badaniu każdego dorosłego mężczyzny asystowała pani pogodynia z telewizji? I opowiadała o tych frontach, wyżach, anomaliach... A nawet nic by nie musiała mówić. Żeby tylko stała i trzymała biednego pacjenta za rękę.

Gdyby ten tekst wydał się komuś jakiś nieskładny, wyjaśniam – piszę go 1 stycznia, w hotelowym pokoju, rano, o 17.00, telewizor wyłączony. Piszę largo, w ciemności trudno mi znaleźć odpowiednie litery na klawiaturze. Jak już znajdę, to po każdej robię krótką przerwę, bo klawiatura strasznie hałasuje. Kurczę, a mogłem jeszcze chwilę poczekać i posłuchać lekarza. Albo Bohdana Łazuki. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

Muzyka na receptę

Nakładem Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej ukazał się niezwykle ciekawy box z okazji 20-lecia Olsztyńskiego Chóru Lekarzy „Medici Pro Musica”. Na internetowym forum NIL jeszcze przed świętami Bożego Narodzenia można było przeczytać słowa zachwytu nad edytorsko-akustyczną zawartością wydawnictwa. Po pierwsze, bardzo starannie przygotowano książkę prezentującą historię zespołu śpiewających koleżanek i kolegów z okolic Olsztyna, ale co warto jest szczególnie podkreślić, także muzycznych przyjaciół ze Szczecina, Warszawy, Śląska i Wielkopolski. Po drugie, w kieszonkach albumu znajdujemy aż trzy płyty CD oraz filmowy zapis koncertu jubileuszowego.

Kilka razy pod rząd musiałem zrezygnować z wyjazdu na koncert w Bazylicę Archikatedralną Świętego Jakuba Apostoła. W pamięci zostało mi jednak wrażenie z występów Europejskiej Orkiestry Lekarzy, której w 2009 r. towarzyszyli polscy medycy chórzyci oraz Główny Koncert Lekarzy Ars Medici w Teatrze Roma (2011). Cóż jednak wspomnienie w porównaniu z niezwykłą i co najważniejsze – powtarzalną ścieżką dźwiękową, podarowaną pod choinkę wraz z kółkami, utworami a cappella oraz monumentalnymi dziełami Vivaldiego, Haydna i Mozarta. Ciekawostką są także wykonania piosenek Starszych Panów, „Kormoranów” Jerzego Woya-Wojciechowskiego i sentymalny powrót do Lwowa w kompozycji Henryka Warsa. Olsztyńska izba po raz kolejny postawiła na kulturę, zasłuchana w wibrujący głos lekarzy w dosłownym tego słowa znaczeniu. Naprawdę było warto!

Recenzja

**Jarosław
Wanecki**





Agata Morka

Oczy cielejące, ciała bydlejące

Cielejące oczy każdy czasem ma. Bywa, że z zachwyty, bywa że z miłości, a czasem po prostu, by przebłągać nieugiętą, zdawałoby się, Panią z Okienka.

Pacjenci z rysunku Jamesa Gillraya nadają jednak tym przysłowiowym cielejącym oczom nowego znaczenia. Jesteśmy bowiem świadkiem sceny dość szczególnej: Gillray zabiera widza do gabinetu lekarskiego, który, sądząc po liczbie stłoczonych w nim osób, cieszy się dużą popularnością wśród pacjentów. Szturmują oni drzwi, następnie na recepcji piją po chochli tajemniczego płynu, by potem zasiać na fotelu i poddać się zabiegowi.

Terapia jednak zdaje się mieć poważne efekty uboczne, objawiające się wyrastaniem z ciała małych krów i postępującą ogólną przemianą w ciełe. Cała scena niedaleka jest od przedstawień piekielnych, pobrzmiewają tu echa Boschowskiego „Ogrodu rozkoszy ziemskich” z jego niepraw-

dopodobnymi pół-ludźmi, pół-zwierzętami, same postacie przypominają także groteskowe przedstawienia piekielne straszące grzeszników z romańskich portali.

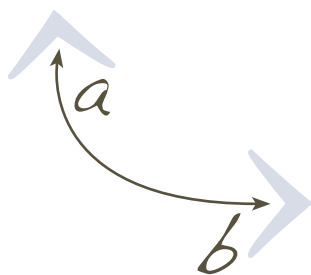
To zadziwiające zbiorowisko, rysowane nerwową kreską, ten rozchwyany korowód dziwaków płynie niepomąganym strumieniem poprzez gabinet. Jednemu z głowy wystrzelają rogi, innego czaszkę rozsadzają krowie kopyta, jeszcze inni bez zażenowania wydają z siebie skoczną trzodę.

Jedyną postacią pozostającą w widocznej opozycji do wszechogarniającego chaosu jest lekarz. Pion jego sylwetki, kolor ubrania, schludna peruka wyraźnie odcina się na tle szaleństwa, na które medyk zdaje się mieć metodę. ■



„Karykatura” Jamesa Gillraya (1802) ze zbiorów Wellcome Library London

Jedyną postacią pozostającą w widocznej opozycji do wszechogarniającego chaosu jest lekarz. Pion jego sylwetki, kolor ubrania, schludna peruka wyraźnie odcina się na tle szaleństwa, na które medyk zdaje się mieć metodę.





Znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę: przed jaką chorobą w tak niewzruszony sposób stara się uchronić swych pacjentów lekarz z rysunku Gillraya? Pytanie dodatkowe: jak nazywa się lekarz, postać autentyczna, sportretowana na rysunku?

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
 do 15 lutego 2013 r.

W temacie maila należy wpisać GL02.
 Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent******

Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni



NAGRODZENI Z „GL” 01/2013

Voucher do Hotelu
 Prezydent**** Medical SPA & Wellness
 w Krynicy-Zdroju otrzymuje
 Lidia Niańko-Głowacka z Warszawy.
 Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 01/2013

Obraz oryginalny: A

Diagnoza: Blanche Wittman, według Jean-Martina Charcota, cierpiała na histerię.

W wieku XIX histeria była chorobą diagnozowaną właściwie tylko i wyłącznie u kobiet. Sama już nazwa pochodzi od greckiego *hystera*, oznaczającego macicę. Przez wieki ekstremalne stany emocjonalne pacjentek łączono z przypadłością zwaną wędrującą macicą, wierzono bowiem, że może ona przemieszczać się po ciele kobiety, wywołując silne objawy psychosomatyczne. Sam Charcot uważał, że histeria u kobiet może być wrodzona, jako jednej z głównych metod jej leczenia używał hipnozy.

Szczegóły różniące obrazy:

1. Dodanie kobiety do grona widzów

Histeria, według Charcota, była chorobą typowo kobiecą, natomiast u mężczyzn mogła wystąpić tylko w przypadku doznania wielkiego szoku emocjonalnego. Podział ról na wtorkowych wieczorkach u Charcota był więc z góry ustalony: kobiety mdlały na zaaranżowanej scenie, mężczyźni, zgromadzeni po drugiej stronie pełnili rolę widzów tego osobliwego, „histerycznego” spektaklu.

2. Dodanie zdjęć rozrzuconych na podłodze.

Obecność zdjęć w tej scenie byłaby uzasadniona, jako że Charcot prowadził niezwykle dokładną dokumentację fotograficzną stanów swoich pacjentów, opublikowaną jako „ikonografia histerii”. Aparat fotograficzny był dla Charcota tak samo ważnym narzędziem lekarskim jak mikroskop.

3. Dodanie opaski z piórami na głowie pacjentki.

Z czasem pokazy Charcota osiągnęły tak dużą popularność, że zbudowano specjalny amfiteatr, w którym odbywały się spektakle. Sam Charcot reżyserował je z dbałością o szczegóły i dramaturgię, dodając światła i rekwizyty. Gdy na przykład pokazywał pacjentów cierpiących na drgawki, na ich głowy nakładał pióra, których drżenie obrazowało natężenie drgań.

4. Dodanie kolorowych szklanek na podłodze (niebieska, czerwona, żółta).

Jednym z testów wykonywanych na Blanche było pokazywanie jej różnokolorowych szklanek i obserwowanie reakcji na poszczególne kolory. Raportowano, że na przykład czerwona szklanka umieszczona przed oczami kobiety wzbudzała w niej radość, żółta strach, niebieska smutek. Zastanawiające jest jednak, że po śmierci Charcota ataki Blanche ustały i kobieta, już bez problemów zdrowotnych, pracowała w szpitalnym laboratorium.

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.



André Brouillet „Lekcja Charcot w szpitalu La Salpêtrière” (1887)



**Agnieszka
Kania**

Lekarka
dentystka
z Opola,
lekarz
pisarz 2012

Opełtani i łakomi

Usiadła przed domem. Prawie pogodna. Oparła się o ścianę, przywołała Burka. Spogląda na omszałe dachy, liczy kominy i drzewa poszyte pajęczyną. Odpoznaje pagórki, plisowane pola i szeroki horyzont. Kim ona jest? Należy do dziś czy do wczoraj? Nosi staroświecki strój i pies też jest niegdyśiejszy.

To znachorka, chyba osiemnastowieczna. Chodzi od wioski do wioski, bo wielkie miasta opanowali zagraniczni doktorzy. Zjeżdżali do nas z całej Europy. Przybywali konno i bryczkami, samotnie bądź w towarzystwie dam. Nie pobierali nauk, za to czesali się i ubierali modnie. Francuzi wymachiwali muślinowymi chustkami, Włosi paradowali w szlafrokach ze złotego brokatu, zaś Anglików rozpoznawano po habitach haftowanych pajątkami. Każdy dźwigał torbę z lekami, maściami i lepami, miał też wódkę, mydła i pachnidła. Nierówni szlachcie kontuszowej kaleczyli język i okaleczali naiwnych, którzy dali się zwieść ich opowieściom.

Czegóż to oni nie obiecywali! Jan Stanisław Bystron opisał Cyrusa, nadwornego okulistę króla pruskiego, polecającego „likwor, *volatile* nazwany, który osobom wszystkim wzrok słaby i krótki mającym pomaga, od różnego rodzaju ociemnienia broni”. Prevost leczył szkorbut, wrzody, narośle i zgnilizny szczęk. W „Gazecie Warszawskiej” ogłaszał, iż „zab z gęby jednej osoby drugiej osobie tak wsadza, że się przyjmie i korzeń weźmie... wyjmuję bolejące zęby, ołowiem je napelnia i nazad wkłada tak, że się przyjma”. Bogatsze mieszczyki pokazywały mu swoje nadpsute siekacze, omdlewały na widok szczypiec i napelniony złotem kaletę medyka, czekały, aż zęby wiejskich bab zrosną się z dziąslami.

A doktor Bonaventura de Galves poruszał się po stolicy z dystynkcją i bez pośpiechu. Obnosił sławę tak, jak się nosi wytworny frak czy palto. Właściwie sława szła przodem, on podążał za nią. Chwytał spojrzenia, kłaniał się pannom, rozdawał uśmiechy guwernantkom. Na przemian czerwienił się i bladł. Znali go prawie wszyscy, skomponował bowiem balsam na różne dolegliwości. Uzdrawiał nim kalekich i opełtanych, ociemniałych i łakomych, pomagał w przypadku niepłodności i ratował od niechcianej ciąży. Ponoć na łożu śmierci – w roku 1774 – wyjawiał składniki maści. Wielu potem przysięgało, iż posiedli tajemnicę. Nacierali i dotykali, masowali i roztrzaskali wizję szybkiego powrotu do zdrowia. Na próżno. Cudowny lek odszedł wraz z jego twórcą.

Mniej więcej wtenczas pojawił się Embry „chymista” – właściciel olejku z węzowych języków. Przekonywał, że wystarczy odrobina specyfiku, aby wybielić skórę, wzmocnić włosy i wytępić pluskwy. Lokaj przyjmował zapisy i wprowadzał chorego do gabinetu, gdzie za stołem siedział mistrz – krępy i zwiężły. Twarz miał podłużną, pobrużdżoną, znać po niej było gorzkość i zgryzoty. Zadawał pytania, ale nie żądał odpowiedzi. I przyglądał się przybyszowi. Wreszcie sięgał po butelkę z lekiem, długo obracał ją w palcach, oglądał w świetle świecy, wreszcie odmierzał eliksir i podawał cierpiącemu. Czy pomagał żyć? Nie wiadomo.

A znachorka na obrazie Edwarda Szczapowa usiadła pod oknem – przygarbiona, zmalala. Dotąd była cierpliwa, karbowana na kiju miesiące i lata, przemierzała niskie i wysokie kraje, rozmyślała. Wie, co to dążenie i mijanie, odchodzenie i powracanie. Z rachunków nauczyła się odejmowania – miejsc i ludzi, z win poznała winy nieduże, z prawdy – nieprawdę, z serc – obojętność. Wreszcie znalazła pobieloną chatę i pomyślała z ulgą: tu zostanie.

Zasadziła miętę i rumianek, zbiera kwiaty lipowe, suszy driakwie węzów, szuka korzonków. Smaży sadła zwierząt, przyrządza wódki i nalewki. Przyzwyczała się do mokrych zim, pryczy wysłanej olchowymi liśćmi. Przyjmuje porody, chłodzi gorączki, łączy kości, łagodzi waśnie, studzi słomiane zapalenia, leczy zaognione rany. Kiedyś może zatęskni za inną dymiącą doliną i znowu zacznie wędrówkę. ■



Edward Szczapow „Znachorka” (2008)

60-lecie absolutorium – rocznik 1947

Jesienią 1947 r. 550 studentów podjęło studia na Wydziale Lekarskim nowo powstałego Uniwersytetu Łódzkiego. W trzy lata potem utworzono Łódzką Akademię Medyczną (1950 r.), a Wydział Lekarski został do niej włączony. Kolejny akt organizacyjny nastąpił w 2002 r., kiedy powstał Łódzki Uniwersytet Medyczny w wyniku połączenia Akademii Medycznej z Wojskową Akademią Medyczną.

W 1952 r. absolutorium i dyplomy lekarskie uzyskało 350 studentów rocznika 1947, a dalsze ich losy układały się rozmaicie. Spora część została wcielona do Wojska Polskiego, niektórzy pozostali w macierzystej uczelni, podejmując asystentury w różnych katedrach, a większość – zgodnie z ówczesnymi zasadami – rozjechała się po kraju, otrzymując odpowiednie przydziały pracy.

Jesteśmy grupą 80-latków, najstarszy z nas liczy 91 lat. Zrobiliśmy swoje, ale jeszcze nie odchodzimy. Żywimy przekonanie, że nasze życie było pożyteczne i to poczu-

cie m.in. stanowi motyw, który nas utrzymuje w niełatwej, choć zwykłej codzienności. ■

Więcej na www.gazetalekarska.pl.



200. numer „Vox Medici”

23 listopada 2012 r. miało miejsce spotkanie jubileuszowe z okazji wydania dwusetnego numeru biuletynu OIL w Szczecinie – „Vox Medici”. Z kilkunastu wersji powielaczowej ewolu-

ował on przez wszystkie minione lata do kolorowego czasopisma, które wydawane jest obecnie w nakładzie 5700 egzemplarzy. ■

Więcej na www.gazetalekarska.pl.



XIII Biesiada Literacka UPPL

Zapraszamy na kolejne ogólnopolskie spotkanie miłośników prozy i poezji, czyli XIII Biesiadę Literacką UPPL. Tradycyjnie, odbędzie się w pierwszy piątek marca (1.03.2013 r.) w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Początek o godzinie 17.00.

Autorów, którzy podczas Biesiady zechcą zaprezentować swoje wiersze, małą prozę lub inne formy literackie, prosimy o nadsyłanie utworów. Czas przewidziany na ich odczytanie dla każdej osoby wyniesie 3-5 minut i będzie uzależniony od liczby zgłoszeń. Po zaprezentowaniu tekstów zostanie zorganizowany plebiscyt publiczności, który wyłoni laureatów.

Zgłoszenia uczestnictwa, wraz z tekstami utworów proponowanych do prezentacji (w trzech egzemplarzach

formatu A4), należy nadesłać najpóźniej do 11.02.2012 r. pod adresem:

Okręgowa Izba Lekarska, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3 (z dopiskiem na kopercie „Biesiada Literacka UPPL”)

Istnieje możliwość zarezerwowania taniego noclegu. Wszelkich dodatkowych informacji dotyczących imprezy można zasięgnąć w Biurze OIL przy ul. Czerwonej 3 w Łodzi – osobiście lub telefonicznie : 42 6831701 (Iwona Szelewa).

UWAGA!

Po Biesiadzie, na swoją IV już autorską premierę, zaprasza Miłych Gości Kabaret OIL- BĄK! ■

Krzysztof Kaźmierczak

Kazimierz
Wrzesiński

Odszedł od nas wybitny sportowiec, kolega, przyjaciel.

Rok 1982. Był to nasz drugi rok studiów medycznych. Studium WF Łódzkiej Akademii Medycznej postanowiło reaktywować sekcję pływacką AZS AM. Pod patronatem rektora uczelni rozegrano mistrzostwa akademii będące jednocześnie okazją do wyłapania przyszłych członków sekcji pływackiej. Postanowiłem również wystartować w stylu klasycznym, w którym czułem się nieźle. Moją uwagę zwrócił niewysoki pływak z kędzierzawą fryzurką, który po kolei wygrywał wszystkie konkurencje. Stałem obok niego na słupku do ostatniego wyścigu w stylu klasycznym – ja wypoczęty (postawiłem wszystko na ten jeden występ), on wyczerpany zwycięstwami w delfinie, grzbiecie i stylu dowolnym. Start, plusk

i totalne zamieszanie; dałem wtedy z siebie wszystko, przypłynęliśmy dosłownie razem. Pogratulowałem mi dobrego występu. Nie wiedziałem wówczas, że to początek koleżeństwa, a po latach szczerzej przyjaźni. Nasza sekcja AZS powstała i miała niezwykle oblicze. Byliśmy lubiani przez sportowców z innych sekcji, a co ważne – dla AM w Łodzi wygraliśmy drużynowo dwukrotnie kolejne Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych w Poznaniu i w Gdańsku. Krzys (dla kolegów Kazio) był zawsze naszym niepisanym przywódcą – sportowcem, z którego należy brać przykład; był na pływalni punktem odniesienia. Startowaliśmy później wiele razy wspólnie, ale nigdy nie zbliżyłem się do tamtego wyczynu – zawsze dawał mi mistrzowską lekcję. Pamiętam jednak Jego cenne uwagi o technice pływania i nawrotów oraz ciepłe słowa zachęty do dalszych treningów. Nasza sekcja zawiązała trwale przyjaźnie także poza pływanią – staliśmy się po prostu grupą przyjaciół. Pod koniec studiów Krzys założył rodzinę. W następnych latach sekcja pływacka z Łodzi również miała liczne sukcesy, ale nam już „podziękowano”. Zostaliśmy lekarzami. Przez około 10 lat nie widywaliśmy się. Spotkaaliśmy się ponownie w czasie Igrzysk Lekarskich w Zakopanem w 2004 r. Był to nowy etap naszej znajomości – wspólna pasja łączyła ponownie dojrzałych zawodowo i życiowo ludzi. Krzys jak dawniej wygrywał prawie wszystko, genialna technika w delfinie i grzbiecie, niesamowita siła w żabce i mimo niskiego wzrostu

imponująca szybkość w kraulu. Zwycięstwa w czasie zakopiańskich igrzysk nie były wcale łatwe – pływanie było tam dobrze obsadzoną konkurencją, a naszą grupę wiekową nazywaliśmy wtedy „grupą śmierci”. Na słupkach do jednego wyścigu stawało (cytuje Krzysia) „dwóch mistrzów świata lekarzy, mistrz Polski formuły Masters oraz

mistrz Polski lekarzy”. A Krzysio był świetny... doprawdy nie wiem, jak on to robił i w co trudno uwierzyć, mimo upływających lat jego czasy były coraz lepsze! W Igrzyskach Lekarskich 2009 r. na 50 m 36,04” w grzbiecie, 30,81” w delfinie czy też 37,82” w klasyku – to w tej grupie wiekowej naprawdę świetne rezultaty. Trochę dla zabawy wystartowaliśmy w 2008 roku razem z Krzysiem w wyścigu kajakarzy – znowu złoto! Pamiętam, gdy żartował przed startem, że zdobył już pięć złotych medali i teraz moglibyśmy odpuścić, gdyż przydałoby się mu srebro. Nie odpuścił! Wielu z nas mastersów czuło, że dzięki Krzysowi spotykaliśmy się i startowaliśmy dalej mimo upływających lat. Wygrywał nie tylko w Zakopanem i w Dębicy na MP Lekarzy – zdobywał także tytuły Mistrza Polski i liczne medale formuły Masters.

2009 r. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Dębicy. Krzys zostaje po kolejnych zwycięstwach wybranym „MVP” zawodów. Na spotkaniu towarzyskim po zakończeniu mistrzostw poczuł się bardzo źle. Nie było to w Jego stylu, poczuliśmy, że coś się z nim dzieje niedobrego. Trafił do miejscowego szpitala. Tutaj pragnę podziękować dr. Januszowi Bieniaszowi, organizatorowi mistrzostw, za sprawną pomoc medyczną. Przeżyliśmy szok – jeszcze tego samego dnia pierwsza dializa Krzysia w życiu. Wygrywał zatem pomimo zaawansowanej niewydolności nerek, która rozwinęła się bardzo podstępnie. W tej ciężkiej chorobie zachował jednak spokój i uśmiech. Pomimo dializ nie przestał trenować, dalej zachęcał nas do spotkań na zawodach i co najbardziej szokujące – nadal wygrywał! Odczuwaliśmy szczególnie w tym okresie wielką wdzięczność dla Krzysia, znowu był dla nas wzorcem sportowca, ale też i człowieka. Byliśmy wszyscy optymistami: przeszczep nerki i będzie prawie po kłopotcie. W czasie choroby potrafił łączyć dializy, treningi i pracę, był cenionym radiologiem w Szpitalu MSW w Łodzi. Przeszczep nerki się odbył, ale nie przyniósł poprawy, był natomiast początkiem dramatu. Udar mózgu, potem znów wielka wola życia Krzysia i powrót do pracy. Pogodził się z chorobą, już widział dla siebie nowe miejsce na pływalni. Postanowił zostać sędzią pływackim.

Listopad 2012 r. przyniósł dalsze cierpienia – niewydolność przeszczepionej nerki i powikłania. Często dzwonił do przyjaciół ze szpitala i zachowywał niezwykłą pogodę ducha. Odszedł od nas zupełnie niepodziewanie; nie mogliśmy w to po prostu uwierzyć. Pozostawił w głębokim smutku rodzinę, żonę i syna... Miał dużo przyjaciół sportowców z pływalni i z innych dyscyplin, przyciągał nas swoją dobrocią. Nie spotkamy się już na pływalni, w co nam „mastersom” trudno uwierzyć. Będziemy jednak startować dalej, wierząc, że z góry sędziuje i dopinguje nam Krzys. ■



Radiolodzy na stoku

W dniach 4-6 stycznia 2013 r. na stoku stacji narciarskiej Hawrań w Jurgowie lekarze rywalizowali w ramach Radiologicznych Mistrzostw Polski w Narciarstwie. Organizatorzy imprezy: prof. Andrzej Urbanik (Katedra Radiologii Collegium Medicum UJ) oraz dr Ewa Górka (Zakład Diagnostyki Obrazowej w Suchoj Beskidzkiej), wspierani przez dr

Jana Głowackiego ze Śląska, zrobili wszystko, aby impreza przebiegła sprawnie. Na starcie stanęło prawie 80 zawodników. Najszybszą narciarką radiolożką okazała się dr Joanna Kłosowska z Rybnika, a najszybszym narciarzem radiologiem dr Wojciech Wawrzynek w Zabrzu. ■



IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

18-20.04.2013 r., Dębica



Organizatorzy: Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie, Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL w Warszawie

Zasady uczestnictwa: w zawodach prawo startu mają lekarze medycyny i lekarze dentyści w niżej podanych kategoriach wiekowych: • 24-35 lat • 36-45 lat • 46-55 lat • 56-65 lat • 65 lat i powyżej. Organizatorzy zapraszają do zawodów również członków rodzin uczestników w tzw. pływackiej sztafecie rodzinnej.

Patronat honorowy nad imprezą objęli m.in.: prezes NRL – Maciej Hamankiewicz; prezes ORL w Rzeszowie – Krzysztof Szuber; dyrektor SP ZOZ Dębica – Przemysław Wojtys.

Zgłoszenia do zawodów należy składać do 10.04.2013 r. na adres:
Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie

35-026 Rzeszów,
ul. Reformacka 10
tel.: 017 8535837, faks: 017 8539431,
e-mail: oilrz@pro.onet.pl, rzeszow@hipokrates.org

Więcej informacji:

www.rzeszow.oil.org.pl, www.mplwp.xt.pl
Wypełniony formularz zgłoszenia wraz z dowodem wpłaty należy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do 12.04.2013 r. na adres OIL w Rzeszowie i na adres organizatora. Wpłaty należy kierować na konto OIL w Rzeszowie: Pekao S.A O/Rzeszów 60 1240 4751 1111 0000 5512 1415 z dopiskiem „Mistrzostwa-Dębica 2013”.

Kontakt: Janusz Bieniasz, tel. 014 6705261; 014 6808 473; 604090587, e-mail: bienjan@op.pl
Lesław Ciepiela, tel. 14 6778018; 602758441

Formularze zgłoszenia do pobrania na stronach:
www.rzeszow.oil.org.pl i www.mplwp.pl.

Zimna woda, czyli sama przyjemność

Dla przeciętnego człowieka morsy to grupka zapaleńców/wariatów (niepotrzebne skreślić), którzy, nie wiadomo dlaczego, zamiast iść na basen wolą posiedzieć w zimnej wodzie. A jak to wygląda „od kuchni”?

Morsem zostałem trzy lata temu, gdy moja wcześniejsza wiedza o tym hobby ograniczała się do przypadkowego oglądania w wiadomościach telewizyjnych relacji z okazjowych kąpiei. Ponieważ żaden z moich znajomych nie zdradzał zainteresowania tego

typu aktywnością, musiałem poszukać kontaktu przez Internet. Moja pierwsza kąpiel miała miejsce w styczniu, gdy plaża była biała od śniegu, a temperatura wody bliska zera. Rozebrałem się, wszedłem, bolało jak łyko, a po kilku minutach wyszedłem z wody, szczękając zębami z zimna, pobiegałem chwilę, rozgrzałem się i poczułem się... wspaniale. I co się potem stało? Od tego czasu regularnie, co tydzień, kąpię się z poznańskimi morsami, a często również samodzielnie. Obecnie nie wyobrażam sobie zimy bez zanurzenia w jeziorze i nacierania gołego ciała śniegiem.

Jesteśmy zaprogramowani, by zimna unikać i nawet po trzech latach regularnego morsowania mam pewien opór przed rozebraniem się, gdy dookoła leży śnieg, a temperatura powietrza jest poniżej zera... ale gdy się przełamie strach i człowiek wejdzie do wody, opory znikają. Jak to jest możliwe?

Dokończenie artykułu na www.gazetalekarska.pl

8-9 czerwca

Termin Ogólnopolskiego
Turnieju Tenisa Ziemnego
Lekarzy Sopot 2013 (Korty
STT Sopot) został przesunięty
o tydzień. Szczegóły na:
www.turniejelekarzy.vcard.pl.
Zapisy: mateuszkoberda@tlen.pl.

SPORTOWIEC ROKU

Głosować można
do końca marca br.
Szczegóły na
www.gazetalekarska.pl.

Arkadiusz Święcicki

Życząc sobie...

Fala zachorowań na grypę, wszechogarniające pokasływanie, kichanie i świstanie stały się symbolem rozpoczynającego się roku.

Do fajerwerków organicznych dodano tradycyjne tchnienie sztucznych ogni, przygotowane w jeszcze doskonalszy sposób, tak aby zagłuszyć ewentualne pytania o przyszłość, oślepić blaskiem dokonań, które mają być nadzieją na każdy kolejny dzień. Ze wszystkich zakamarków do uszu, komputerów, tabletów i komórek docierało magiczne życzenie **ZDROWIA**.

W małej przychodni POZ środowowa kolejka do lekarza pierwszego kontaktu zażądała dostępu do systemu weryfikacji uprawnień, mimo że praktycznie nikt we wsi nie ma zasięgu, z wyjątkiem mieszkających na górze. W telewizji powiedzieli jednak wyraźnie, że potrzebny jest tylko PESEL, a Wielka Siostra, a może nawet Pierwsza Kobieta w szerokim paśmie wszechwiedzy pokaże zielony pasek **SZCZĘŚCIA** w Nowym Roku.

Dziennikarka dopytywała przez kilka minut, dlaczego ubezpieczeni pacjenci nie mają pełnego dostępu do leków refundowanych, dlaczego lekarze piszą recepty stuprocentowe? Nie trzeba jednak dziennikarki, aby zmagać się z odpowiedzią na takie pytania zadawane przy świątecznym stole, w gabinecie i na towarzyskich spotkaniach. Nikt, poza środowiskiem lekarskim nie rozumie odpowiedzi. Każdy przecież podpisuje umowy z małą czcionką – w banku, w pracy, w salonie samochodowym. Każdy podpisuje w swoim codziennym życiu jakieś ryzyko i nie rozumie strachu lekarza, jaki od ponad roku towarzyszy wypisaniu zwykłej, białej recepty. Czy ktokolwiek z rządzących jeszcze pamięta, że wykonywanie zawodów medycznych wymaga **SPOKOJU**. Gdyby w Nowym Roku ktoś sobie o nas przypomniał, to czekamy na zmiany. Mogą być zrozumiałe tylko dla nas.

Nauczycielka w liceum, podczas zajęć z biologii, w klasie potencjalnych lekarzy i farmaceutów, wyraziła pogląd, że banki rozdają karty kredytowe VIP osobom o odpowiednich dochodach oraz lekarzom, niezależnie od tego, jakie mają pobory. Dal-
szy subiektywny wywód stwierdzał fakt, że lekarze należą do grupy zawodowej, która niezależnie od tego, co pokazuje w formularzu PIT, ma pieniądze. Prosty stereotyp, wykorzystywany przez władzę,

tłumaczącą niedostatki instytutów i szpitali wysokością pensji lekarskich. Jak widać kłamstwo powtarzane wielokrotnie prędzej czy później trafi pod strzechy. Wkrótce przeczytamy w podręcznikach gimnazjalnych (a wykonano taki manewr już wobec sędziów), że lekarze są skorumpowaną grupą łapówkarzy, siatką mafijną powiązaną z koncernami oraz gangiem czyhającym na ludzkie zdrowie i do-
wody **WDZIĘCZNOŚCI**.

Gwarancja ceny w kontraktach 2013 została zawarta do maja, czyli подарowano pod choinkę pięć miesięcy **STABILNOŚCI**, chociaż destabilizacja poszczególnych podmiotów leczniczych jest alarmująca. Państwo żąda wykonania większej liczby czynności, nie oferując nic w zamian. Kolejna ekipa uszczelnia. Ciekawe, co wyciągniemy z uszczelnionego dzbanka na dnie oceanu lekkości bytu decydentów. Żeby nie było jednak żadnych wątpliwości, stojący w przedpokoju następcy z innych opcji, nowych pomysłów też nie mają – puszczają jedynie oko, abyśmy dali im kredyt **ZAUFANIA**. A później, wiadomo, jak zawsze przejdą do uszczelniania.

W izbach, zgodnie z kalendarzem rozpoczęła się gra wyborcza. Są już rejony, niejednokrotnie dokładnie sprecyzowane pod względem osobowym i terytorialnym. Najpierw powoli i ociężale, a już za chwilę lawinowo, odhaczymy daty oddzielające nas od wrzucenia koperty do skrzynki pocztowej i dokonania swojego **DOBREGO WYBORU**. Warto przemyśleć ofertę samorządową. Warto popatrzeć w oczy reprezentantom, przejrzeć ich dokonania, a może tylko świetny pijar. Warto przypomnieć, że izba lekarska to nie arena walki politycznej czy frakcyjnej. Przeciąganie liny między poszczególnymi okręgami i organami to zasadniczy błąd, który doprowadzić może korporację do nieszczęścia podszytego chorymi ambicjami i kompleksami. Wszyscy jedziemy na tym samym wózku, chociaż nasz cel podróży w wielu wypadkach jest różny i chcemy zatrzymać się na innych przystankach. Nie mamy jednak innego wyjścia, musimy podróżować razem. Jeśli jeszcze pamiętamy, co to oznacza i jaką niesie dawkę **ODPOWIEDZIALNOŚCI**. ■



Jarosław Wanecki

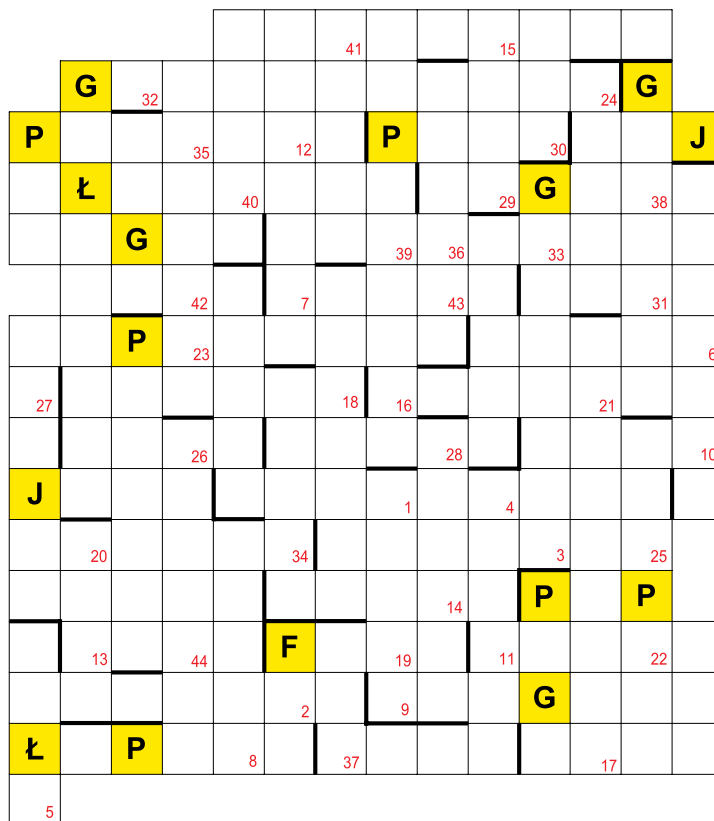
Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GI”

Objaśnienia 67 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F, G, J, Ł i P. Na ponumerowanych polach ukryto 44 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 marca 2013 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 183 („GL” nr 12/2012) Góry w połogu legną, a mysz się urodzi. Horacy

Nagrody otrzymują: Hanna Karge (Bydgoszcz), Mikołaj Statkiewicz (Wrocław).

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.



* luteotropina * pomocnik ryccerza * najwyższy szczyt Kanady * partner Brahmy i Śiwy * częsty gość * śmiech (łac.) * śpiewał, że dziewczyny są gorące * Orła w Tatrach * sławny syn Salomei i Euzebiusza * 1 megakaloria * krocionóg lub parecznik * Carl Heinrich, twórca marki żywności konserwowanej * wieś gminna nad Rospudą * odmiana ortoklazu * ssak, odsysacz * Arctium lappa, o leczniczym korzeniu * Musorgskiego z wystawy * autor „Przygód Hucka” * konkluzje * czarnoszara z krakowatych * rumowisko skalne * drugie miasto Turyngii * poprzednik Sadata * pełnia rozwoju * okres szczytu władz umysłowych * odwrotność negatywu * Ahmed beg, król Albańczyków * głos kury * przedni, cesarski i włochaty * między progami a zeskokiem * japońskie bóstwo płodności i rolnictwa * rozwora * szewski gwóźdź * porowatość * Tiziano Vecelli * naczyniowy, czyli okaryna * mieszkaniowiec Suomii * buty do tańca klasycznego * sól kwasu octowego * diabeł z Łęczycy * drugie miasto GOP * amerykański system telewizji kolorowej * fructus * partia Piechocińskiego * Nikodema Dyzy * taniec punków * zgziel, zamieszanie * krowa z garbem * nocna w kopalni * chytry służący z commedia dell'arte * gród u źródeł Rudy * czterofazowy silnik spalinowy * kość ryby * żona Tadeusza * Pakt Bezpieczeństwa Pacyfiku * dzień, miesiąc i rok * zespół Grechuty * wymarły ptak z wyspy Mauritius * łączy salinę z masztem * stolica Birmy * duchowny w cerkwi * okrężnica esowata * przystąpienie * rzymski płaszcz z kapturem * rywale Tutsi * podsądny * napisał „Jak zostałem chirurgiem”

BJER

**Wydawca:
Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 161 150 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Mariusz Janikowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelny@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl
Dziennikarze:

Lucyna Krysiak
Tel. 661 092 853
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)

Sławomir Badurek (Toruń)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

Adres redakcji: 00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Druk: **Drukarnia Quad/Graphics
Europe Sp. z o.o.**

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

